

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

174

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 février 1907, à 1 heure

Par René MERRY

Ancien interne des hôpitaux de Paris

ÉTUDE CLINIQUE

DE QUELQUES FORMES RARES

DE

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Président : M. THOINOT, professeur.

*Juges : { MM. DEBOVE et ROBIN, professeurs.
JEANSELME, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

— THÈSE —

N°

174

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 février 1907, à 1 heure

Par René MERRY

Ancien interne des hôpitaux de Paris

ÉTUDE CLINIQUE

DE QUELQUES FORMES RARES

DE

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Président : M. THOINOT, professeur.

*Juges : { MM. DEBOVE et ROBIN, professeurs.
JEANSELME, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	REGLUS.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Cliniqu des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N.....
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	destrav. anat.)
BRANCA	FAURE	MAILLARD	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	WALLICH
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGREY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

1899-1900 — MONSIEUR LE DOCTEUR MOSNY

MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET

1900-1901 — A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE D^r DELPEUCH

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINON

1902-1903 — MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PEYROT

MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIGOUX

1903-1904 — MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

Internat.

1904-1905 — MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

1905-1906 — MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIÉRY

1906-1907 — MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEJARS

A MES AUTRES MAÎTRES: MM. LES DOCTEURS BARIÉ, AUCLAIR,
DUFOUR, MAUCLAIRE, BAUDET, GUILLEMAIN.

*A mes collègues les internes de l'hôpital Saint-Antoine dont
plusieurs m'ont aidé dans la rédaction de cette thèse et qui
tous m'ont témoigné tant de cordiale amitié.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEJARS

*Dont la sympathie et la bienveillance me furent si précieuses
en tant de circonstances et qui m'a inspiré l'idée de ce travail.*

INTRODUCTION

La tuberculose du péritoine est une affection à l'heure actuelle connue dans la plupart de ses détails. Les notions précises acquises sur ce sujet sont de date relativement récente et si depuis vingt ans surtout de très nombreux travaux ont paru qui ont éclairé beaucoup les points importants de la question il reste encore quelque chose à faire.

Sans doute les formes classiques sont dès maintenant bien précisées et les recherches bactériologiques et histologiques entreprises ont été nombreuses et intéressantes, sinon toujours concluantes.

Mais à côté de ces formes normales il y a toute une série de faits qui sont encore mal étudiés et offrent le plus puissant intérêt.

Nous en citerons entre tant d'autres quelques-uns.

Ce sont d'abord ces formes de péritonite tuberculeuse latente ou ignorée qui se révèlent par des accidents brusques, simulant les maladies les plus diverses et en particulier l'appendicite et l'occlusion intestinale. D'as-

sez nombreux cas ont été cités et cependant c'est à peine si les traités les plus récents consacrent quelques phrases à des faits aussi utiles à bien connaître. Nous avons été nous-même témoin d'une péritonite tuberculeuse qui se présentait avec des allurés si particulières que l'hypothèse la plus plausible fut celle d'hématocite rétro-utérine. Dans un autre cas, que nous pûmes observer, le diagnostic ne fut posé que grâce à des circonstances spéciales. Nous voudrions rechercher si tous ces faits sont semblables ou si, au contraire, à côté de cas dont le diagnostic est manifestement impossible, il n'en est pas d'autres où certains petits signes puissent le faire poser plus ou moins facilement.

Mais beaucoup d'autres faits sont encore mal précisés à l'heure actuelle. Nous parlerons surtout des formes localisées qui, par leur localisation même présentent des symptômes particuliers faisant souvent errer le diagnostic. Nous n'avons nullement l'intention de reprendre à ce propos l'étude des tuberculoses localisées de l'abdomen et nous ne prétendons pas décrire à nouveau la salpingite tuberculeuse ou la bacillose du cæcum. Mais à côté de ces notions maintenant banales il est toute une série de formes localisées qui atteignent le péritoine lui-même et qui sont citées avec peu de détails. Il s'agit de ces formes qui occupent une partie plus ou moins considérable du ventre, se présentant sous l'aspect de grosses tumeurs qui, par leurs sièges anormaux, offrent les caractères les plus troublants et prêtent aux erreurs de diagnostic les plus diverses comme on pourra le voir dans un certain nombre des

faits que nous avons recueillis. Et cependant ce sont des formes souvent parfaitement diagnostiquables par une histoire et des symptômes physiques et fonctionnels communs un peu à tous les cas. Tout cela n'a guère été décrit jusqu'ici qu'en passant et sans y attacher d'importance, et surtout en France ce sont des faits qui n'ont pas été l'objet de descriptions précises.

Et cependant l'intérêt qu'il y a à les bien connaître est très grand : ce sont bien souvent en effet des formes chirurgicales et des formes qui guérissent après l'intervention opératoire. Sans doute l'on sait depuis König, c'est-à-dire depuis vingt-trois ans, que la laparotomie peut guérir les formes ascitiques généralisées, sans doute personne ne s'étonne plus des guérisons presque inexplicables que l'on a pu obtenir dans les formes aiguës et même dans celles dont nous parlions tout à l'heure. Mais plus que dans aucune autre forme, l'intervention sanglante paraît indiquée dans les formes localisées de la tuberculose péritonéale et non seulement les formes ascitiques mais aussi les formes sèches sont parfaitement curables.

Il peut arriver que la guérison soit spontanée mais c'est le plus souvent par la laparotomie, l'exposition à l'air et la fermeture du ventre sans drainage que l'on a obtenu les meilleurs résultats. Et nous verrons par quelques cas, comme les plus anciens de la statistique de Kocher dont nous avons pu traduire une partie des intéressantes constatations, que ces guérisons sont durables et vraiment définitives. Nous conclurons donc que ces formes doivent être bien connues pour

être rapidement diagnostiquées et traitées comme il convient.

Ses caractères spéciaux et son extrême rareté nous ont obligé à faire un chapitre spécial pour une nouvelle forme dont aucune description spéciale n'a encore été donnée : c'est la tuberculose localisée au péritoine gastrique qui donne surtout des accidents particuliers et caractéristiques quand elle atteint la séreuse pylorique. Il y a déjà longtemps que quelques observations de tuberculose gastrique avec péritonite consécutive ont été publiées. Ricard et Chevrier ont, dans un article récent, insisté sur les lésions du péritoine au cours de la tuberculose du pylore. Mais aucune discussion systématique sur la lésion péritonéale envisagée en elle-même n'a été faite.

Nous en avons retrouvé deux cas, du reste, très sommaires, mais nous avons surtout eu l'occasion d'en observer un des plus curieux dans le service de notre maître M. le Dr Lejars. Nous avons essayé de préciser la façon dont on peut envisager la question à l'heure actuelle et surtout de chercher à montrer comment les problèmes thérapeutiques très spéciaux qu'elle soulève pourront se poser dans les recherches futures. Nous verrons que jusqu'à présent les succès de la thérapeutique chirurgicale semblent médiocres, qu'il y a lieu de suivre de près la question et d'établir les relations qui peuvent exister entre ces mauvais résultats et certaines lésions gastriques dont l'existence constante pourrait reculer longtemps les espoirs chirurgicaux.

Mais il est beaucoup trop tôt pour rendre un verdict

sur une question aussi complexe et nous concluons simplement en nous en remettant à des recherches ultérieures.

Sans nous attarder dans des conditions historiques générales que l'on trouve partout, nous aborderons successivement les trois séries de faits que nous voulons mentionner à propos de l'étude clinique de la tuberculose péritonéale et nous diviserons notre travail en trois parties :

1° Les péritonites tuberculeuses latentes à accidents brusques ;

2° Les formes localisées se présentant sous l'aspect de grosses tumeurs ;

3° La tuberculose périgastrique.

PREMIÈRE PARTIE

LES FORMES LATENTES SE RÉVÉLANT PAR DES ACCIDENTS BRUSQUES

I

Historique.

La première série de faits dont nous voulons parler comprend ces cas où la première manifestation clinique de la péritonite tuberculeuse consiste dans un accident brusque, présentant des symptômes qui sont plus ou moins nettement analogues à ceux de certaines maladies abdominales. Ce sont là bien entendu des faits de diagnostic toujours délicat puisqu'il s'agit de maladies jusque-là à peu près bien portants en général, du moins en apparence et en fait, sauf quelques cas particuliers, c'est une longue série d'erreurs de diagnostic que nous rapporterons. Mais ce sont des erreurs instructives et notre conclusion sera que si dans un grand nombre de cas le diagnostic était très difficile, s'il était

quelquefois impossible, on pouvait dans un certain nombre de cas — et on l'a du reste fait — émettre l'hypothèse d'une tuberculose péritonéale.

Le cas de Liouville rapporté par cet auteur dans le *Bulletin de la Société anatomique* (1878) est le premier que nous connaissons. Nous avons trouvé dans la thèse de Leduc (1881) un autre cas qui peut être cité. Lindfors, Ch. Audry (1887) mentionnent la possibilité de ces accidents. Le cas de Küemmel (1887) est également publié à ce moment. Puis dans la thèse d'Elmassian (1890) nous trouvons rapportés quelques cas de la littérature étrangère : cas de Coats et cas de Prochavnik. Dans sa longue série d'observations Pic, de Lyon (1890) cite un cas très net observé par M. Poncet.

Mais ce n'étaient là que des observations isolées. M. Lejars dans la *Gazette des hôpitaux* de 1891 publie une revue générale où il reprend une partie de ces faits, où il en présente deux nouveaux des plus curieux. Il range de plus tous ces faits et en apporte une classification pathogénique très précise.

En Allemagne Poppert dans un article de la *Münchener Medicinische Wochenschrift*, 1892, publie un cas très intéressant et rapporte outre le cas de Küemmel un cas de Loreta, deux de Knaggs et un autre de König.

Nous ne trouvons plus de faits ensuite jusqu'en 1898 où M. Lejars fait une importante communication à la Société de chirurgie et provoque la thèse de Guille-mare. A ce propos il insiste sur une nouvelle forme de péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite dont

nous ne trouvons auparavant aucun autre fait que le cas de Broca (1897) cité sans détails. La communication de M. Lejars provoqua à la Société de chirurgie une discussion importante et quelques faits des plus nets furent cités à ce propos par MM. Brun, Routier, Quénu, Broca. La discussion dévia un peu ensuite du côté des péritonites tuberculeuses aiguës à évolution classique.

Nous trouvons enfin la thèse de Chofardet (1900) où plusieurs observations de MM. Brun et Moizard sont rapportés, puis l'article de M. Moizard dans le *Journal des Praticiens* qui est à peu près contemporain. C'est tout ce que nous avons trouvé se rapportant à ces faits — et nous n'avons rien trouvé non plus à l'étranger — les faits ne doivent cependant pas être rares car nous avons pu en observer personnellement deux cas dans le service de M. Lejars : l'un, où tout le monde avait, avec réserves d'ailleurs, posé le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine mais sans que personne ne pense à la péritonite tuberculeuse ; l'autre où l'aspect d'une cicatrice mal fermée qui résultait d'une intervention, où du reste on n'avait pas vu de tuberculose dans l'abdomen, fit porter à notre collègue Sénéchal, puis à M. Lejars, le diagnostic qui fut reconnu exact d'occlusion par bride péritonéale tuberculeuse.

Nous croyons utile de dissocier l'étude et la discussion de tous ces faits et nous verrons dans un dernier chapitre si l'on ne peut en tirer certaines conclusions s'appliquant à l'ensemble.

II

Les péritonites tuberculeuses latentes simulant l'occlusion intestinale

Il faut tout d'abord et très nettement distinguer les cas d'obstruction chronique survenant peu à peu au cours d'une péritonite tuberculeuse confirmée. Quand les symptômes de celle-ci sont bien nets le diagnostic est des plus aisés.

C'est dans le stade fibreux de l'évolution de la péritonite tuberculeuse que se produisent ces accidents. Un malade qui a ou n'a pas des antécédents tuberculeux mais a eu, souvent peu de temps auparavant, un épanchement pleurétique ou quelque autre accident aussi net, présente bientôt des troubles très nets du côté de l'intestin et de l'abdomen. Celui-ci grossit et se développe. Puis que l'ascite se résorbe en présentant un stade ulcéro-caséeux souvent absent, qu'elle demeure, qu'elle n'ait jamais existé, le malade présente des alternatives de diarrhée et de constipation et les crises d'obstruction peuvent être assez prononcées pour attirer

l'attention, faire même hâter parfois l'intervention chirurgicale qui peut bien souvent arriver trop tard.

C'est là un accident presque banal de la péritonite tuberculeuse et nous en retrouverons les ébauches sous formes de certains troubles intestinaux dans presque toutes les formes de cette affection. Dans les traités récents on accorde quelque place à ces faits. M. Guinard, dans son excellent article du *Traité* de MM. Le Dentu et Delbet, lui accorde un rang important parmi les complications de la péritonite fibreuse confirmée. Il rappelle la classification étiologique de M. Lejars et parle même d'un mécanisme qui s'est produit une fois au cours de sa pratique; il s'agissait d'une anse intestinale qui s'était engagée dans un des orifices rigides que présentait l'intestin transformé en un véritable grillage. Le diagnostic de ces cas est facile. Et du reste il faut bien penser que l'intervention chirurgicale ne donne pas avec de pareilles lésions des résultats bien excellents. M. Guinard pense que l'étranglement a dû se reproduire.

Il est une autre série de faits plus intéressants au point de vue diagnostic. Ce sont les formes fibreuses d'emblée qui ne présentent que des symptômes tout à fait peu marqués jusqu'au moment où l'occlusion intestinale apparaît. Dans ces cas de transition pourrait-on dire le diagnostic paraît plus épineux. Mais il est encore le plus souvent possible. D'abord ces malades-là ont des antécédents tuberculeux en général; souvent ils ont eu des foyers locaux, en particulier dans les séreuses voisines et surtout dans la plèvre. Mais de

plus ils souffrent du ventre depuis quelque temps, de douleurs bas situées à siège pelvien ou péri-ombilical, de troubles gastriques, de troubles intestinaux et en particulier des alternatives de diarrhée et de constipation et de crises où s'ébauche peu à peu le syndrome qui va éclater plus ou moins brusquement. Eclairés par ces signes le diagnostic est relativement simple.

Nous insistons sur ces formes intermédiaires quoiqu'elles ne rentrent pas tout à fait dans notre sujet. Ce sont les symptômes de ces formes, mais très atténués et réduits, qui existent dans presque tous les cas et permettent, sauf les exceptions que nous allons décrire, de poser le diagnostic ou au moins l'hypothèse d'occlusion vraiment brusque au cours de péritonite tuberculeuse, et ce sont maintenant ces faits que nous allons décrire.

Pour bien comprendre les différentes allures cliniques de ces faits il faut d'abord rappeler le mécanisme de leur production, et nous puiserons les éléments de cette classification dans la Revue Générale de M. Lejars.

La première des causes qu'il donne est l'étranglement par brides, celui qui survient dans les cas de péritonite fibreuse latente cliniquement mais se traduisant anatomiquement par des brides étroites ou des adhérences plus ou moins larges qui finissent par comprimer l'intestin. On a déjà insisté sur ces lésions celles que M. Lejars a traitées quand il a opéré notre seconde malade (obs. 1.), nous semblent très caractéristiques. On trouva d'abord des anses grêles extrême-

ment dilatées, difficiles à maintenir. Le cæcum fut trouvé distendu mais l'on voyait nettement une bride qui semblait le comprimer et ressemblait tout à fait à un appendice enflammé. Il fut enlevé et on le trouva rempli de matière caséuse. Mais au-dessus le côlon était dilaté et l'on dut chercher plus haut la cause vraie de l'occlusion. M. Lejars déroula l'S iliaque puis les côlons descendant et transverse complètement aplatis et cheminant de proche en proche il arriva sur l'angle sous-hépatique du côlon complètement enfoui sous des adhérences et légèrement tordu sur lui-même. La section méthodique de ces brides qu'il fallut répéter en deux ou trois points successifs dégagea complètement l'intestin qui reprit son calibre normal sous la poussée des matières venues du côlon ascendant.

C'est là un exemple typique de ce que l'on trouve dans ces cas avec brides, mais il s'agit le plus souvent de péritonites tuberculeuses qui évoluent déjà depuis un certain temps. Et pourtant comme dans notre cas, ainsi que nous le verrons plus loin, ces formes ne se révèlent quelquefois que par de tout petits troubles qu'il peut être malaisé de rapporter à leur véritable cause.

Les occlusions par agglutination des anses surviennent encore plus nettement à des périodes avancées de la maladie ; elles peuvent cependant survenir après une évolution lente traduite par des symptômes insignifiants comme dans le cas de Poppert. On trouve alors le plus souvent des lésions avancées de péritonite fibro-adhésive et l'auteur allemand trouva des anses perdues

au milieu d'une masse épiploïque remplie de granulations tuberculeuses.

La coudure de l'intestin est un mécanisme bien différent, très spécial, et qui mérite d'être cité plus longuement car l'on ne trouve pas toujours dans ces cas des lésions bien nettes de péritonite fibreuse. M. Lejars (obs. 4) trouva à l'opération les lésions suivantes : « Ce n'est, dit-il, qu'à la partie toute supérieure de l'abdomen qu'en suivant l'intestin rétracté je constate ce qui suit : à peu de distance du duodénum l'intestin est coudé à angle très aigu par une bride qui le fixe et le suspend... Cette bride assez étroite, de trois à quatre millimètres de large, verticale, était située un peu à gauche de la ligne médiane : elle semblait se détacher du feuillet postérieur du péritoine et en bas s'épanouissait à la face inférieure de l'intestin : elle ne le croisait pas, elle ne l'étranglait pas, elle le coudait. La coudure était double : la première à l'angle de la bride était une plicature véritable et là siégeait l'occlusion ; l'autre secondaire relevait de la distension par l'obstacle. »

C'est là en somme un mécanisme très différent de l'occlusion par brides où il faut un agent bien solide, fibreux, dur ou tout au moins comme dans notre cas des adhérences multiples. Là au contraire il suffit de minimales productions qui attachées en un autre point peuvent, si elles adhèrent d'autre part à l'intestin même légèrement, provoquer ces pliures, causes de tous les accidents. On comprend donc très nettement comment dans ces formes l'occlusion aiguë peut se produire très peu de temps après le début de l'affection.

Il est des cas enfin où l'on arrive sur un péritoine recouvert de granulations miliaires sur ses faces avec un peu ou beaucoup d'ascite mais tout cela absolument libre et l'on ne trouve aucun lien fibreux, aucune bride, aucune agglutination d'anses intestinales. Ce sont là ces cas d'occlusion paralytique que nous croyons dans les cas typiques impossibles à diagnostiquer. L'exemple que M. Lejars a communiqué à la Société de Chirurgie (obs. 3) est tout à fait intéressant à cet égard. Il s'agissait d'un malade atteint d'une occlusion qui datait de sept jours et après diverses alternatives cliniques il avait eu le matin des vomissements fécaloïdes si nets qu'on l'avait opéré sur l'heure. M. Lejars trouva un peu d'ascite, des granulations miliaires sur l'épiploon et le péritoine aussi bien pariétal que viscéral : aucune bride, aucune zone d'adhérences, aucun segment aplati de l'intestin. Partout une surface intestinale rouge, vascularisée mais polie et sans fausses membranes.

A ces cas il faut évidemment appliquer le terme d'occlusion paralytique qui est du reste une chose bien connue dans d'autres affections et on les voit en particulier dans la plupart des péritonites aiguës généralisées. C'est un fait bien banal et de notion courante et le diagnostic entre l'occlusion intestinale et la péritonite aiguë apyrétique ou hypothermique est bien connu de tout le monde et n'en reste pas moins très délicat. Il faut penser que c'est une chose analogue qui se passe ici et si elle surprend davantage c'est que la péritonite tuberculeuse semble toujours être une

affection subaiguë ou chronique. Mais si le fait est patent, l'explication vraie en reste difficile et nous n'essaierons pas de poser ce problème.

Telles sont les formes anatomiques de l'occlusion dans la péritonite tuberculeuse latente. On peut un peu schématiquement leur superposer des formes cliniques.

Les occlusions par agglutination sont le plus souvent aisées à reconnaître mais nous verrons par l'étude détaillée des cas qu'il est certaines formes dont le diagnostic est très malaisé. Les mêmes observations s'appliquent aux occlusions par brides et par coudures qui peuvent être des formes très précoces mais les difficultés de diagnostic ne prennent vraiment toute leur importance que dans les formes vraiment aiguës quand il s'agit d'occlusion paralytique.

Le premier cas que rapporte M. Lejars dans son article de la *Gazette des Hôpitaux* a trait à l'une de ces formes.

Il s'agit d'une femme qui sans aucun prodrome fut prise brusquement de violentes douleurs abdominales avec suppression des selles, ballonnement du ventre et vomissements bilieux. Le seul antécédent que l'on pouvait relever dans ce cas était la mort de son mari quelques jours auparavant par tuberculose pulmonaire. De plus l'allure de l'occlusion était un peu particulière. Température à 37°4, vomissements abondants et bruns plutôt que fécaloïdes. Ces nuances si légères n'existaient même plus le lendemain où la température était

tombée à 36°5 et où il y avait des vomissements encore plus nets.

L'on trouva cependant une péritonite tuberculeuse sans nulle bride avec une dilatation générale de l'intestin qui de la première anse grêle à l'S iliaque était également distendu.

Et le fait de la nature de cet accident fut confirmé par l'évolution car avec un simple lavage à l'eau boriquée on obtint la guérison complète des accidents. La malade mourut secondairement.

L'autre malade dont l'histoire fut rapportée par M. Lejars à la Société de Chirurgie en 1898 eut une histoire analogue. Six ans avant, le malade eut une crise très légère d'occlusion avec débâcle au bout de quelques jours. Une seconde crise avait eu lieu en 1893. Il était bien difficile d'interpréter ces légers antécédents qui dataient de cinq ans car le malade ne présentait aucun signe de tuberculose. De plus le début fut particulièrement dramatique et à la vue de ce malade « dont le facies est anxieux, le pouls petit avec quelques vomissements et une absence complète de selles », on ne pouvait guère songer à la péritonite tuberculeuse. M. Lejars dit bien que la palpation du ventre donnait des résultats un peu anormaux, que « le ventre était uniformément pâteux sans induration, ni relief ». Mais bientôt la situation se précisa ; au milieu d'un complexe symptomatique de plus en plus grave, les vomissements fécaloïdes apparurent.

On trouva une péritonite tuberculeuse miliaire aiguë tout à fait libre. Et, cette fois non seulement les acci-

dents disparurent mais le malade guérit complètement.

De ces deux faits on peut rapprocher le cas de M. Quénu (obs. 15), qui concernait une dame de trente ans à laquelle il avait fait trois mois auparavant une laparotomie pour une salpingite qui ne semblait présenter aucun caractère tuberculeux. M. Quénu fut rappelé pour des accidents graves d'occlusion intestinale et pensa naturellement à des adhérences intestinales dues à la première intervention.

« Le doigt introduit dans l'abdomen je constatai, dit-il, que toute la séreuse était recouverte de granulations de différents volumes et manifestement tuberculeuses. Je refermai complètement le ventre et bornai là mon intervention. » La malade succomba par la suite mais après que ses accidents eurent disparu.

Le seul cas de coudure simple qui soit à notre connaissance est celui de M. Lejars; nous en avons déjà rapporté les particularités anatomiques. Au point de vue des antécédents il s'agissait d'un homme pâle, amaigri, tuberculeux certainement mais qui n'avait jamais présenté aucun trouble du côté de l'abdomen.

Le début fut foudroyant; le malade pris de douleurs atroces vomit très abondamment. Un signe frappa toutefois, c'est que le ventre n'était pas ballonné et même plutôt aplati et déprimé. Nous verrons à quoi cela tenait.

Cependant les vomissements se répétèrent et devinrent brunsâtres. Pas de selles ni de gaz. La situation resta semblable les jours suivants: pas de météorisme, constipation absolue, température basse, vomissements

brunâtres. Il fallait bien penser à l'étranglement interne et à l'intervention, on trouve ces curieuses lésions de pliure sur la première anse grêle qui expliquaient, plutôt que la nature de l'affection, les signes un peu exceptionnels observés. L'absence de météorisme et de vomissements fécaloïdes semble devoir être attribuée au siège élevé de l'occlusion et l'on voit qu'en somme aucun symptôme ne pouvait attirer l'attention vers la nature tuberculeuse de la cause des accidents.

C'est après la lecture de ces observations que Guillemare dans sa thèse écrit tout net: « Le diagnostic est impossible. » Nous tomberons volontiers d'accord avec lui pour les faits un peu exceptionnels que nous avons cités jusqu'à présent. Nous allons voir si dans les autres histoires cliniques superposables aux autres formes anatomiques par brides et par agglutination des anses décrites plus haut la même conclusion s'impose.

Nous ne classerons pas les faits de Loreta (obs. 14) cité par Poppert, Broca (obs. 16). (Soc. de Chirurgie, 1897), et Bousquet (obs. 17). (Soc. de Chirurgie, 1898) que l'on trouvera plus loin et sur lesquels les détails anatomiques et les antécédents manquent.

Nous tirerons à part le deuxième cas de Knaggs cité par Poppert où il nous semble difficile d'admettre un de nos mécanismes ; il y avait des lésions anatomiques bien différentes des cas de M. Lejars et de M. Quénu et une histoire clinique tout autre et l'on ne trouve pas la cause de l'occlusion qui céda cependant à la laparotomie.

Il s'agissait d'une malade (obs. 6), qui avait, depuis

trois mois, de l'occlusion chronique avec des vomissements fréquents et la malade semblait au dernier degré de la cachexie. La laparotomie montra d'énormes ganglions du mésentère qui était recouvert de tubercules. On referma et, contre toute attente, la malade guérit. Dix mois après, elle ne se sentait plus de rien, avait engraisé et « vaquait aux travaux de la maison ». On ne peut pas parler d'occlusion paralytique durant depuis trois mois, et, cependant, aucun obstacle matériel ne fut levé.

Tous les autres cas que nous citerons sont plus faciles à classer : C'est l'agglutination des anses que l'on a surtout trouvée ; il semble que c'est le mécanisme à admettre dans le cas de Lionville : il s'agissait d'une malade qui eut une crise d'occlusion assez brusque puis elle cessa et des symptômes péritonéaux apparurent. Quelques crises nouvelles survinrent et le diagnostic de péritonite tuberculeuse fut alors facilement porté et l'autopsie le confirma.

Le cas de Leduc est presque identique : symptômes bruyants d'occlusion intestinale, puis débâcle et nouvelles crises, qui amènent à porter le diagnostic exact vérifié à l'autopsie.

Dans les cas suivants, les détails anatomiques sont mieux précisés. Knaggs (obs. 7) rapporte un cas dans lequel il s'agissait d'une enfant qui souffrait depuis trois mois de diarrhée et d'amaigrissement (c'est-à-dire que le diagnostic était possible) et arriva avec tous les symptômes d'une occlusion intestinale. Le diagnostic ne fut pas fait avant l'opération. On trouva des anses

agglutinées qui se déchirèrent pendant l'intervention et la malade mourut.

Le cas de Kœnig (cité par Poppert) est presque analogue. Il s'agissait (obs. 8) d'une agglutination en masse. Les intestins furent déchirés au cours de l'opération et le malade mourut.

Le cas de Poncet (Thèse de Pic, 1890) est semblable : on ne nous renseigne que sur les antécédents. On sait qu'elle était malade depuis deux à trois mois et qu'elle avait des accidents d'occlusion depuis quinze jours. On trouva une forme fibro-caséuse avec une telle agglutination que l'on fut obligé de s'arrêter. La malade mourut au bout de quelques jours (obs. 13).

Le cas le plus intéressant de cette série est celui que rapporte tout au long Poppert (obs. 5). Il s'agissait d'une enfant de onze ans qui avait des antécédents de tuberculose assez nette : son père était mort de phtisie et elle-même avait eu une pleurésie l'année précédente. Elle souffrait enfin de légères douleurs abdominales mais très vagues. Elle fut prise très brusquement un soir de douleurs abdominales violentes avec vomissements qui ne tardèrent pas à être fécaloïdes. On intervint d'urgence. On avait senti pendant l'exploration préalable une sorte de tumeur peu sonore que l'on avait pris cependant pour une anse intestinale et qui était de l'épiploon farci de tubercules sous lequel il y avait agglutination étroite des anses. De quelque côté que l'on explorât, on trouvait de grosses lésions de péritonite fibreuse. Au lieu de se lancer dans des tentatives extraordinaires, Poppert fit un anus contre nature et le résultat fut

si heureux que l'on put bientôt fermer l'anus et que la guérison fut obtenue complète et durable. L'on voit que le pronostic n'est pas toujours désespéré dans cette forme.

Quand il s'agit de brides la chose est encore plus certaine. Il y a de nombreux exemples de cette complication sous des formes nettement déclarées. Nous n'avons retenu que trois cas qui nous semblent rentrer dans notre cadre.

Nous citerons d'abord celui de Kümmel (obs. 12) ; les antécédents personnels du malade devaient être très nets puisqu'on nous parle d' « une carie du bassin ». Toujours est-il que la malade eut une occlusion par bride péritonéale tuberculeuse et que la levée de l'obstacle amena sa guérison.

Mentionnons le cas de Coats (obs. 11), cité par Elmasian (Th. 1890). Il s'agissait d'une occlusion vraiment aiguë ; sans qu'on puisse avoir de renseignements sur les antécédents. Le malade mourut dès le lendemain et à l'autopsie on trouva des lésions de péritonite tuberculeuse avec « une bande sur laquelle l'intestin était enroulé ».

La malade que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. Lejars (obs. 1) a une histoire des plus intéressantes. Elle avait été opérée au mois de juin 1906 pour un double pyosalpiex ; on lui avait fait une hystérectomie subtotale avec ablation des annexes, mais on n'avait pas trouvé trace de péritonite tuberculeuse. Notons cependant qu'elle avait eu auparavant pendant plus d'un mois une longue histoire avec fièvre

et mauvais état général qui ne s'était arrangé que lentement, que de plus les suites opératoires furent longues et qu'il restait au départ de la malade une toute petite fistule à la partie inférieure de sa plaie. La malade rentra chez elle, alla à la campagne en septembre, puis revint à Paris où son état général resta excellent et sauf la petite fistule qui lui restait elle n'était nullement incommodée, allait régulièrement à la selle et ne ressentait aucune douleur. Soudain le 12 janvier 1907 elle fut prise d'accidents violents : douleurs péri-ombilicales irradiant dans tout l'abdomen, coliques d'abord avec rémissions puis survenant de plus en plus fréquemment, nausées et vomissements verdâtres. Elle entra le 13 à l'hôpital, n'ayant plus depuis deux jours rendu un seul gaz par l'anus. Lorsque mon collègue Sénchal l'examina, elle venait de présenter des vomissements porracés, la constipation était absolue et l'état général était grave. Le diagnostic d'occlusion ne faisait aucun doute. L'idée qui devait naturellement venir à l'esprit était qu'il s'agissait d'une occlusion par brides due à l'opération antérieure. Cependant la malade avait des antécédents tuberculeux nets ; au point de vue héréditaire d'abord, au point de vue personnel ensuite puisqu'elle avait eu une coxalgie actuellement ankylosée. Mais surtout l'aspect de la cicatrice était tout à fait caractéristique : bleuâtre, elle présentait en bas une petite fistule à bords décollés par où sortaient quelques gouttelettes de pus grumeleux et presque caractéristique. Ce symptôme capital décida notre collègue qui porta le diagnostic d'occlusion par péritonite tuber-

culeuse. M. Lejars qui vit ensuite la malade confirma pleinement le diagnostic qui fut, en effet, vérifié à l'opération. Nous avons vu quelles lésions M. Lejars avait trouvées. Après levée de l'obstacle le ventre fut refermé. La malade a eu des suites opératoires excellentes ; les selles sont revenues dès le troisième jour et sauf un peu d'ictère actuellement disparu aucun incident ne s'est passé. Il y a tout lieu de penser que la guérison des accidents sinon de la maladie sera obtenue (rédigé quatorze jours après l'intervention).

En résumé sur les 17 cas que nous citons nous éliminons de toute classification les 3 cas de Loreta, Broca, Bousquet (obs. 14, 16 et 17).

Dans 6 cas il s'agissait d'accidents d'occlusion par agglutination; le diagnostic quoique difficile pouvait presque toujours se discuter.

Dans 3 cas il s'agissait d'occlusion par brides : dans le cas de Coats le malade arriva mourant à la clinique, dans le cas de Kümmeil il y avait des antécédents tuberculeux, dans notre cas le diagnostic fut posé grâce à l'aspect d'une cicatrice abdominale antérieure.

Dans le cas de coudure indiqué par M. Lejars le diagnostic ne pouvait guère se faire malgré qu'il s'agit d'un tuberculeux.

Dans le cas de Knaggs où il n'y avait aucun accident mécanique en apparence mais où l'occlusion était chronique, le diagnostic était possible.

Restent les 3 cas d'occlusion paralytique par péritoïte miliaire aiguë; il ne semble pas que dans aucun un antécédent sérieux pût faire le diagnostic.

Cette division pathogénique de l'occlusion intestinale nous permettra de comprendre pourquoi le pronostic et le traitement sont différents suivant les cas.

Dans les formes qui se produisent par agglutination des anses intestinales il s'agit de faits où il y a des lésions le plus souvent étendues : chaque fois que l'on a essayé de détruire ces agglutinations, les anses se sont déchirées et les malades sont morts. Nous rappellerons, au contraire, que Poppert fit un anus contre nature qu'il put refermer au bout de quelque temps. Sous l'influence de cette intervention qui avait été précédée de l'exploration du ventre la guérison non seulement des accidents mais aussi de la maladie survint et demeura définitive.

Les résultats sont encore plus encourageants dans les formes par brides et il est là indiqué d'aller lever l'obstacle. La guérison a été ainsi observée (Kümmel, notre observation récente).

Il en est de même des formes par coudure ; les accidents du malade de M. Lejars disparurent mais il mourut quelque temps après.

Enfin dans les cas d'occlusion paralytique l'intervention est également indiquée d'autant du reste que le diagnostic n'étant jamais fait l'intervention s'impose pour le symptôme d'occlusion qui est seul reconnu ; quand on trouve des lésions généralisées il n'y a qu'à refermer après avoir évacué l'ascite. Dans les trois cas cités les accidents de tous les malades disparurent mais dans un seul cas de M. Lejars la guérison resta définitive. La gravité de ce pronostic tient sans doute à la péritonite tuberculeuse aiguë qui est une forme grave.

III

Les péritonites tuberculeuses latentes simulant l'appendicite.

Les cas que nous avons étudiés dans le chapitre précédent comportaient beaucoup de faits où des lésions chroniques plus ou moins latentes s'étaient révélées par des accidents aigus. Ce n'est que dans un certain nombre de cas où l'on pouvait en particulier évoquer le mécanisme de l'occlusion paralytique qu'il s'agissait de péritonites tuberculeuses aiguës vraies.

M. Lejars a rapproché de ces faits dans sa communication à la Société de Chirurgie d'autres également fort curieux où la péritonite tuberculeuse s'est révélée par des symptômes rappelant ceux de la péritonite aiguë d'origine appendiculaire.

Nous n'avons pas personnellement observé de ces cas mais nous tenons à citer des faits qui rentrent manifestement dans notre sujet.

Si nous cherchons dans les traités classiques nous ne trouvons guère mention de confusions possibles

entre la péritonite tuberculeuse et l'appendicite. M. Jallaguiet dit n'avoir été embarrassé qu'une fois et encore l'évolution ultérieure ne tarda pas à lui permettre de faire le diagnostic exact.

L'article de MM. Brun et Veau dans le *Traité de maladie des enfants* est au contraire très explicite à cet égard.

« La péritonite tuberculeuse, disent ces auteurs, peut simuler toutes les formes d'appendicite. Elle rappelle souvent la péritonite appendiculaire. Elle ressemble aussi à la crise d'appendicite aiguë franche.

L'erreur la plus fréquente consiste à croire à une appendicite alors qu'on est en présence d'une péritonite tuberculeuse. Quand on hésite, c'est de la tuberculose. »

Et plus loin, « Les symptômes abdominaux peuvent être identiques. En faveur de la tuberculose on a les antécédents, les lésions pulmonaires presque constantes. »

La question a été fort bien traitée dans la thèse de Choffardet de 1900 et l'article du *Journal des Praticiens* de M. Moizard.

Les lésions anatomiques expliquent plus ou moins nettement la prédominance des signes dans la fosse iliaque droite.

Dans quelques cas en effet, les symptômes généraux et locaux qui font commettre l'erreur de diagnostic semblent dus à une péritonite tuberculeuse miliaire aiguë manifestée par l'éruption classique de tubercules à peu près également répartis partout et avec un peu

d'ascite dans l'abdomen. Dans ces cas il est bien possible qu'il n'y ait rien de plus dans la fosse iliaque droite et qu'on pense surtout à l'origine appendiculaire parce que dans ces cas-là c'est presque toujours d'appendicite qu'il s'agit.

Dans les cas de M. Quénu (obs. 17), où les malades avaient des symptômes prédominants dans la fosse iliaque droite, on trouve de la tuberculose partout. Le cas de M. Lejars peut se rapprocher de ces faits quoique les lésions fussent un peu plus prononcées peut-être à droite (obs. 18.)

Au contraire, dans un grand nombre de cas les lésions prédominent nettement dans la fosse iliaque droite.

Dans le cas de M. Moizard qui fut opéré (obs. 24), il y avait, sous des lésions de péritonite tuberculeuse iliaque, une appendicite tuberculeuse.

Dans l'observation de M. Routier (obs. 20), si l'appendice n'est pas malade, il y a du moins des lésions plus accentuées, dans la fosse iliaque droite. La trompe est rouge, la face externe du colon ascendant est comme infiltrée de matière jaune. De même le cas de M. Brun (obs. 29), on trouve en outre des lésions de péritonite généralisée, « évidemment cause, dit-il, des accidents aigus » des masses caséeuses péri-appendiculaires unissant l'épiploon à l'intestin et les anses intestinales ensemble.

Il faut ajouter à la vérité que l'erreur de diagnostic avait, dans tous ces cas, imposé l'incision du côté de la fosse iliaque et que c'est peut-être en partie à cela

que les auteurs doivent d'avoir surtout aperçu les lésions de cette région.

La prédominance des lésions à droite est surtout nette dans les formes subaiguës ou chroniques. M. Tuffier (obs. 27 et 28), intervenant pour des appendicites, a froid trouva autour d'un appendice non tuberculeux de grosses masses caséeuses péri-cœcales.

A ces lésions anatomiques différentes correspondent des histoires cliniques différentes et où le diagnostic se présente de façons diverses.

C'est ainsi que dans les treize cas dont nous publions les observations nous aurons quelques distinctions cliniques à faire.

Les formes les plus intéressantes sont celles où la maladie évolue avec une telle rapidité et une telle intensité que l'on se croit fatalement en présence d'une péritonite septique généralisée, à marche rapide. Évidemment la tendance de tout clinicien est, en présence d'une semblable évolution, de penser à une affection aiguë comme l'appendicite plutôt qu'à cette péritonite tuberculeuse qu'on se représente comme une affection essentiellement chronique.

L'observation de M. Lejars peut servir d'exemple typique. Il était impossible de relever dans l'état de la malade aucun antécédent. Elle présentait depuis quatre ou cinq jours des douleurs et des vomissements. Ceux-ci étaient verts sinon nettement porracés. Il y avait une constipation opiniâtre. Le ventre était ballonné, douloureux sur toute la surface surtout à droite et à la palpation on sentait de ce côté une sorte de masse

profonde mal dessinée dont la consistance paraissait trancher avec la tension des régions limitrophes. La langue était sèche, le pouls à 120 petit. La température était à 38°5 et le facies très mauvais.

Nous verrons tout à l'heure que dans la plupart des cas le tableau est moins net et nous serons loin de conclure que dans toutes les formes le diagnostic est impossible. Mais vraiment, dans ce cas, qui pourrait soutenir un instant qu'il aurait pu faire un autre diagnostic que celui de péritonite aiguë appendiculaire ? Pas un seul symptôme ne manque et de quelque façon que l'on retourne cette observation on ne peut conclure qu'une chose : le diagnostic réel était impossible. Car c'est une péritonite tuberculeuse miliaire-aiguë que l'on trouva à l'opération, péritonite franchement généralisée avec des lésions à peine plus accentuées du côté droit. Cette malade, contre toute attente, guérit merveilleusement, grâce peut-être aussi aux injections de sérum que fit M. Lejars selon sa constante pratique, et qui lui a donné plusieurs fois sous nos yeux des résurrections inespérées.

De cette opération il faut rapprocher celle de M. Quénu (obs. 19). Il s'agissait d'une fillette délicate et nerveuse qui fut prise subitement d'une douleur dans le ventre avec prédominance dans la fosse iliaque droite, ballonnement de l'abdomen, suppression des gaz, vomissements, élévation de température, pouls fréquent. M. Hutinel et M. Quénu confirmèrent le diagnostic d'appendicite. L'enfant fut immédiatement opérée et l'on trouva une péritonite tuberculeuse miliaire-aiguë. Après l'opé-

ration, la situation s'améliora merveilleusement : tous les symptômes abdominaux disparurent mais le surlendemain apparurent des signes de méningite tuberculeuse qui emportèrent rapidement la malade. Cette complication souligne encore la netteté du diagnostic et montre qu'il s'agissait bien de péritonite miliaire-aiguë. Il n'empêche que le diagnostic clinique était impossible.

Mais ces deux cas bien nets exceptés, le diagnostic était-il possible? Laissant de côté le cas d'Aldibert qui fut diagnostiqué péritonite aiguë et où les détails sont trop vagues, nous diviserons les onze cas restants en formes simulant la péritonite appendiculaire aiguë à symptômes si graves que l'on dut intervenir, et formes simulant l'appendicite aiguë ou chronique simple que l'on a pu laisser refroidir, et que l'on a pu parfois rapporter à sa véritable cause.

Dans le premier groupe on peut classer le cas de M. Brun qui est certainement celui que rapporte Guillemare dans sa thèse : il s'agissait d'un enfant qui était soigné depuis deux mois dans le service de M. le Pr Grancher pour une faiblesse extrême et une coloration bronzée de la peau qui avaient fait admettre l'hypothèse d'une maladie d'Addison. La respiration est un peu obscure sans souffle ni égophomie. L'enfant se plaint de douleurs dans le bas ventre qui apparaissent par crises et disparaissent sans laisser d'endolorissement et sans s'accompagner d'envies d'aller à la selle ni de nausées. Ces antécédents ne sont pas négligeables et nous les retiendrons soigneusement. Toujours est-il que

la malade fut prise tout à coup d'une violente douleur dans le côté droit avec vomissements. Lorsque M. Brun vit la malade le facies était grippé, la température à 39°8, le pouls incomptable. La pression du ventre était surtout sensible du côté droit. Le diagnostic d'appendicite parut certain. L'on trouva cependant à l'opération les lésions miliaires généralisées avec prédominance très nette dans la fosse iliaque droite que nous avons déjà décrites.

M. Routier (obs. 20) fut appelé à voir une malade qui était entrée trois semaines auparavant dans le service de M. Guinon pour un « embarras gastrique ». Elle avait, la veille du jour où M. Routier, la vit été prise de douleurs avec vomissements et d'une diarrhée abondante et fétide. Deux jours après, le pouls était petit, fréquent.

T. 38°, le facies grippé, le ventre ballonné, plus douloureux au point de Mac Burney « qu'elle indique elle-même ». Il y avait des vomissements fécaloïdes. A l'opération on trouve les lésions dont nous avons parlé plus haut avec prédominance de la tuberculose dans la fosse iliaque droite. La malade guérit. Les derniers cas opérés à chaud sont de M. Broca (obs. 21 et 22). Il y avait bien dans le premier de ces deux cas quelques antécédents suspects. La jeune fille dont il s'agit, chez laquelle avaient débuté des accidents péritonéaux brusques, avec masse empâtée et douloureuse un peu à droite de l'ombilic avait des antécédents héréditaires de tuberculose et un passé de troubles et de coliques intestinales. M. Broca conclut cependant à l'appendicite. Il tomba sur un petit foyer d'adhérences suspectes ; l'en-

fant fit une fistule stercorale et succomba. Le cobaye inoculé mourut de tuberculose.

L'autre cas de M. Broca est encore plus instructif car c'est le seul de cette série où le diagnostic fut posé. Il s'agissait d'un jeune enfant qui souffrait depuis deux ans et avait eu de l'augmentation de volume du ventre. Depuis sept jours il présentait des accidents péritonéaux avec météorisme, alternatives de diarrhée et de constipation. Se basant sur les antécédents, sur le fait que les douleurs diffuses n'étaient pas plus violentes à droite M. Broca porta le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Dans le doute il l'opéra, ne trouva rien à l'appendice mais des nodosités tuberculeuses vers l'ombilic et à gauche. L'enfant guérit complètement.

Tous les autres cas ont été opérés à froid quand la pseudo-appendicite fut refroidie. Dans le premier cas de M. Moizard (obs. 24) il s'agissait d'un enfant qui avait eu quinze mois auparavant une pleurésie et dont il avait guéri complètement. Il n'avait plus à l'heure actuelle aucune lésion de ce côté et sa famille était exempte de toute tare tuberculeuse. Il fut pris au retour d'une promenade de fièvre et de douleurs. La fièvre se maintint entre 38°5 et 39° ; il y avait de la défense musculaire au point de Mac Burney. La palpation donnait une résistance profonde. On se contenta de l'expectation et en effet tout s'arrangea. On sentit bientôt seulement dans la fosse iliaque une petite tumeur du volume d'une noix. M. Moizard fit quelques réserves à cause de la pleurésie mais pensa néanmoins à une appendicite. On trouva à l'opération de l'ascite en abondance, des

granulations sur la face antérieure du cæcum et enfin une appendicite tuberculeuse.

Un autre cas de M. Moizard (obs. 25) concerne un enfant fils de tuberculeux, habitant une maison où il y a des tuberculeux qui fut pris de douleurs avec vomissements. Mais les douleurs étant peu violentes, au-dessus du point de Mac Burney, MM. Moizard et Brun portèrent le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Tout cela s'apaisa et l'enfant fut guéri bientôt tout à fait.

M. Broca (cas 23) parle enfin d'un enfant où M. Netter et lui discutèrent pendant longtemps les deux diagnostics et où l'autopsie montra qu'il s'agissait de péritonite tuberculeuse.

Une dernière série de faits comporte ceux où il n'y a pas d'accidents aussi aigus et où croyant opérer pour une appendicite à froid on trouve une tuberculose du péritoine iliaque. Ils peuvent parfois rentrer dans ces cas de formes localisées sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Les deux cas les plus nets à cet égard sont ceux de M. Tuffier (obs. 27 et 28) : dans l'un une jeune fille de 20 ans ayant eu des signes nets de tuberculose pulmonaire dans son enfance avait eu deux crises d'appendicite puis une plus forte à laquelle MM. Tuffier, Chauffard et Bouilly avaient assisté. On trouva de gros noyaux occupant le péritoine pariétal près du cæcum, les franges épiploïques et le méso-appendice. L'examen histologique de l'appendice enlevé fut absolument négatif.

Dans le deuxième cas une enfant de 10 ans fut opérée à froid pour une poussée d'appendicite qu'elle

avait eu six semaines avant. On trouva dans la fosse iliaque une surface jaunâtre qui était le péritoine épaissi ; le cæcum adhérait à l'épiploon et à l'appendice. Celui-ci fut enlevé mais l'examen histologique fut également négatif.

Nous citerons un dernier cas de M. Moizard (obs. 26) : il s'agissait d'un petit malade qui avait eu successivement trois crises cataloguées appendicite. Mais l'existence d'un gâteau péritonéal à gauche et d'adénopathie trachéo-bronchique fit porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

En résumé nous voyons que le diagnostic se présente dans des conditions très inégales suivant les cas. Guillemare est aussi affirmatif ici que pour l'occlusion intestinale. Pour lui « le diagnostic est impossible ». Et nous serons d'accord avec lui s'il s'agit uniquement du cas de M. Lejars ou de celui de M. Quénu. Mais s'il s'agit de tous les cas pris en bloc c'est beaucoup plus discutable. Choffardet dans sa thèse affirme au contraire que le diagnostic est possible : pour lui dans la péritonite bacillaire la douleur est moins violente et moins brutale que dans l'appendicite. Elle est moins localisée au point de Mac Burney. Le météorisme abdominal est plus accusé. « Ou, dit-il, il n'y a pas de tuméfaction nette ou au contraire il y a un gâteau péritonéal diffus et siégeant souvent des deux côtés. »

Nous croyons personnellement que la question ne peut être aussi brutalement résolue et qu'il faut la poser différemment.

Nous dirons qu'il est des formes où de par la façon

même dont elles évoluent le diagnostic est impossible, absolument, matériellement impossible. Que l'on torture de la façon que l'on voudra l'observation de M. Lejars par exemple, on ne trouvera pas un seul symptôme qui puisse faire penser à la tuberculose. Il n'y avait là ni gâteau péritonéal bilatéral, ni météorisme subit. Et nous conclurons sans hésitation que, en attendant qu'on ait trouvé des moyens d'exploration nouveaux, dans la plupart des cas de péritonite tuberculeuse miliaire simulant la péritonite aiguë appendiculaire, surtout s'il s'agit de sujets auparavant bien portants, le diagnostic est impossible.

Ce n'est que dans les cas moins aigus où la question change : là en effet la péritonite est le plus souvent un accident aigu survenant du côté de la fosse iliaque droite soit parce qu'il y a de l'appendicite tuberculeuse, soit parce que pour une raison ou pour une autre les lésions se localisent plus de ce côté. Surtout nous pensons que le diagnostic est difficile parce que quand il s'agit de cas où l'on souffre du côté de la fosse iliaque droite on est un peu hypnotisé par l'appendicite ; si des phénomènes analogues se passent du côté gauche on pensera peut-être plus facilement à la péritonite tuberculeuse.

Quels sont les symptômes qui peuvent faire penser à la tuberculose ? Ce sont à notre avis avec les nuances décrites par Choffardet que nous croyons assez souvent inexistantes ou insuffisantes pour attirer l'attention, les antécédents des malades. Notons cependant que la constatation d'un gâteau péritonéal dans un autre

endroit de l'abdomen, l'existence d'un peu d'ascite sont des symptômes excellents mais tout à fait exceptionnels.

Mais, ces cas exceptés, ce sont surtout les antécédents tuberculeux qui ont de l'importance. Dans beaucoup de nos cas il y a des antécédents héréditaires de tuberculose ; l'enfant de M. Brun avait des signes au sommet, les deux malades de M. Broca étaient tuberculeuses, la deuxième malade de M. Moizard avait des parents tuberculeux, la première malade de M. Tuffier avait des antécédents de tuberculose pulmonaire. Parfois il y a d'autres localisations tuberculeuses : le premier malade de M. Moizard avait eu une pleurésie un an auparavant, un autre avait de l'adénopathie trachéo-bronchique. Est-ce à dire que chaque fois qu'une tuberculose présente une crise du côté de la fosse iliaque droite il faille porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse ? Évidemment non. On a d'ailleurs décrit des cas d'appendicite inflammatoire aiguë chez des tuberculeux avérés. Et M. Moizard en cite un cas des plus typiques avec examen histologique confirmatif.

Un autre fait que nous croyons avoir beaucoup d'importance c'est que, sauf dans les cas de tuberculose miliaire-aiguë franche que nous ne discutons pas en ce moment, il est rare que dans la plupart des cas cités il n'y ait pas eu des antécédents intestinaux et en particulier des douleurs abdominales avec alternatives de diarrhée et de constipation : dans le cas de M. Brun il y a depuis deux mois des douleurs dans le bas ventre, la malade de M. Routier est soignée depuis trois semaines pour embarras gastrique, le premier malade

de M. Broca avait un passé de troubles et de coliques intestinales. Le deuxième malade souffrait depuis deux ans et avait eu de l'augmentation de volume du ventre.

L'importance de ces faits est tellement certaine que dans les trois cas où le diagnostic fut fait : les deux cas de M. Moizard et le cas de M. Broca ce fut grâce aux antécédents.

C'est l'association d'antécédents tuberculeux et d'une histoire gastro-intestinale quand elle est marquée surtout par des douleurs à type spécial comme les douleurs péri-ombilicales et par des alternatives de diarrhée et de constipation, quand enfin ces accidents se reproduisent avec le caractère de crises depuis longtemps ; c'est tout ce syndrome qui peut faire poser chez les malades dont nous parlons, l'hypothèse de péritonite tuberculeuse.

Et lorsque l'attention a été attirée par cela, on peut alors rechercher les petites nuances sur lesquelles a insisté Choffardet : alors comme chez le malade de M. Broca, comme chez celui de M. Moizard, la douleur est un peu moins vive et siège un peu plus haut que le point de Mac Burney. la fièvre est un peu moins élevée et ces petits signes sont des arguments de plus à faire valoir contre l'appendicite. Nous croyons très franchement qu'en l'absence d'antécédents ce sont des nuances insignifiantes, — le gâteau péritonéal excepté, mais il est rare — et qu'isolées ces nuances n'ont pas de valeur clinique. Ils peuvent renforcer une opinion, non la créer.

Le traitement quand le diagnostic a été fait est diffi-

cile à préciser. Les cas de péritonite tuberculeuse franchement aiguë ne prêtent pas à discussion. En effet, le diagnostic n'étant jamais fait, et l'état étant d'une gravité exceptionnelle, on opère à peu près toujours pour une péritonite appendiculaire généralisée. Mais l'on peut dire qu'en tous cas la laparotomie a une influence merveilleuse sur ces accidents : si la malade de M. Quénu est morte de méningite ce n'est pas la faute de la laparotomie qui avait fait cesser ses examens abdominaux. Chez les malades de M. Lejars et de M. Routier, à un état désespéré, en apparence, succéda rapidement une guérison définitive. Dans tous ces cas il semble bien qu'il vaille mieux simplement, après avoir évacué l'ascite, refermer sans drainage.

Les cas subaigus où l'on peut faire le diagnostic sont-ils justiciables de la laparotomie ? C'est moins certain et les deux derniers malades de M. Moizard ont guéri sans opération. Remarquons cependant que l'on n'est jamais absolument sûr de son diagnostic et que si l'appendicite possible exige l'intervention il faut toujours intervenir et que, de plus, dans la prévision de ce diagnostic il vaut mieux faire son incision à droite. C'est ainsi qu'en a usé M. Broca dans un cas analogue et il ne s'en est pas mal trouvé.

Que si la pseudo-appendicite semble pouvoir refroidir, alors sans doute il vaut mieux attendre et voir la façon dont tournent les choses. Mais il y a là des nuances délicates qui varient suivant les cas et il ne semble pas que l'on puisse parler d'une façon bien absolue à ce sujet.

IV

Les autres erreurs de diagnostic.

L'occlusion intestinale et l'appendicite ne sont pas les seules maladies dont les accidents brusques au cours de la péritonite tuberculeuse latente peuvent prendre le masque. En réalité, il arrive dans bien des cas des accidents étranges qui prêtent aux erreurs de diagnostic les plus diverses. M. Brun (obs. 32) cite le cas d'un petit malade chez lequel les accidents étaient survenus après une chute dans laquelle le flanc droit avait été violemment contusionné par une rampe d'escalier. M. Brun pensa à une déchirure hépatique et à une péritonite consécutive.

En effet, l'enfant présentait des signes non équivoques de péritonite sous-hépatique. L'opération pratiquée dix jours après donna issue à un litre d'ascite et montra le péritoine couvert de granulations miliaires. L'enfant guérit complètement.

Une autre erreur de diagnostic possible est la fièvre typhoïde. Guillemare, dans sa thèse, cite un cas de Ross

sur lequel, du reste, les renseignements les plus vagues sont fournis. Il s'agit d'une femme malade depuis trois semaines, qui arriva à la clinique présentant un aspect typhique à la troisième semaine avec langue rôtie et dents fuligineuses, $39^{\circ}4$ de température, 100 pulsations.

Elle fut cependant opérée et l'on trouva des granulations miliaires de tuberculose.

Dans un cas d'Ebstein, il s'agissait d'un capitaine d'infanterie dont la maladie avait débuté sans trouble abdominal et avec un frisson ; bientôt il présentait tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Trois semaines après il fut opéré par König, d'ascite tuberculeuse et guérit complètement.

Guillemare ne pense pas qu'en général le diagnostic soit difficile. Il insiste sur les caractères différentiels : début moins brusque dans la tuberculose, fièvre moins nette, plus de facultés intellectuelles. La diarrhée est moins abondante. Enfin la séro-réaction est pour lui caractéristique. Choffardet trouve que Guillemare exagère la valeur de la séro-réaction. Le diagnostic n'est douteux qu'au début de la fièvre typhoïde au moment où le signe de Widal est encore absent.

Cette question nous paraît ressortir surtout du diagnostic entre la granulie et la fièvre typhoïde qui est le plus souvent facile. Il y a cependant des cas où l'erreur est possible ; nous avons pris entre plusieurs autres, une observation de la thèse de Boulland (obs. 33) qui nous a semblé caractéristique. La malade souffrait depuis un mois, de douleurs et de vomissements.

La température était autour de 39° ; il y avait de la céphalalgie, pas d'épistaxis, peu de diarrhée. Le ventre était ballonné avec des douleurs dans la fosse iliaque.

Cependant, apparurent bientôt des crachats muqueux et striés de sang ; d'autre part, un léger degré d'ascite fit porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Celui-ci ne tarda pas à se confirmer et à l'autopsie on trouva une péritonite tuberculeuse aiguë.

La péritonite tuberculeuse miliaire aiguë peut aussi se confondre avec le cancer miliaire aigu du péritoine. Le diagnostic est parfois très épineux surtout s'il s'agit de gens âgés. Siredey et Danlos ont montré de plus que le cancer se voyait fréquemment chez les jeunes femmes. Nous nous rappelons un cas très net de cancer péritonéal étendu chez une jeune femme de 25 ans que nous avons observé dans le service de M. Faure dont nous étions l'interne. Elle avait été opérée quatre ans auparavant et la laparotomie exploratrice avait été suivie d'un merveilleux arrêt en tous points comparable à ce qu'on observe couramment dans la péritonite tuberculeuse.

Ces cas nous dévient un peu de la péritonite tuberculeuse latente à forme aiguë. Signalons que dans un des cas de M. Lejars opéré pour une occlusion intestinale, le diagnostic porté par le médecin avait été celui de colique hépatique. Nous allons, dans un instant, parler d'un autre cas dans lequel ce diagnostic fut agité. Ce sont là des impressions qui ne durent pas.

L'on pourrait penser aussi à des coliques néphrétiques, à une entérite aiguë. M. Bousquet (obs. 34) cite un

cas où chez une jeune femme mariée depuis quatre à cinq mois qui avait de la fièvre, des vomissements, un peu de ballonnement du ventre, il porta le diagnostic de salpingite gonococcique. Il trouva deux masses épi-ploïques tuberculeuses.

Toutes ces erreurs de diagnostic sont naturelles dans quelques cas. Et, pendant que nous préparions ce travail, c'est-à-dire au moment où nous étions le plus prévenu contre ces sortes de choses, nous avons été à la fois témoin et victime d'une erreur de diagnostic vraiment tout à fait curieuse et que nous rapporterons un peu plus longuement car elle montre quelles allures vraiment extraordinaires peuvent prendre ces péritonites tuberculeuses à début brusque (obs. 31).

Il s'agissait d'une jeune femme pour laquelle on appela un soir mon collègue et ami Sénéchal, dans le service de M. Le Noir. Elle y était entrée huit jours auparavant pour de violentes douleurs abdominales dont elle souffrait par crises depuis huit jours. Dans ses antécédents on ne notait au point de vue tuberculeux tant héréditaires que personnels que quelques adénopathies cervicales. Au contraire, au point de vue abdominal on notait plusieurs crises douloureuses sans corrélation avec ses règles. De plus, fait à noter, elle était habituellement constipée avec, de temps en temps, de véritables débâcles diarrhéiques. Tout cela est sans doute important mais nous allons voir que chez cette femme, très nerveuse du reste comme le confirment les crises d'hystérie qu'elle a eues depuis, la scène devait bientôt prendre un caractère alarmant.

Dans le service de M. Le Noir on pensa d'abord ainsi, que nous l'avons dit tout à l'heure, à une colique hépatique et cette idée tenait surtout à ce que la malade avait eu de l'ictère un mois avant.

Bientôt l'état général qui était un peu inquiétant s'améliora, les douleurs diminuèrent et tout parut rentrer dans l'ordre. Mais vingt-quatre heures après les accidents reprirent : les douleurs étaient situées plus bas, si bas que l'attention de M. Le Noir et celle de son interne, notre ami, Raymond se portèrent vers le petit bassin. Raymond la toucha et trouva au toucher vaginal l'utérus repoussé en masse en avant et un empatement diffus dans les culs-de-sac. Très rapidement l'état s'aggravait ; le poulx était filiforme, irrégulier, mal frappé. Le facies était devenu pâle, hémorrhagique, les lèvres décolorées. Il y avait de l'angoisse et même un peu de dyspnée.

Sénéchal fut appelé d'urgence et la fit transporter dans le service de M. Lejars. Là, l'état nous sembla si grave que l'intervention immédiate fut agitée. Il semblait, à voir cette femme blanche, sans poulx, la voix éteinte, qu'il s'agissait, manifestement, de quelque hémorrhagie interne. Le ventre était ballonné et très douloureux dans les flancs. Le toucher confirma pleinement ce qu'avait trouvé Raymond. Quoiqu'elle n'eût pas de retard de règles nous conclûmes à un épanchement dû, sans doute, à une rupture de grossesse tubaire.

Sur les indications de M. Lejars, on fit du sérum à la malade qui se remonta un peu si bien que nous attendîmes le lendemain. Le matin M. Lejars la vit : le

pouls était un peu meilleur, le facies toujours semblable. Les douleurs du côté du ventre étaient redevenues aiguës et M. Lejars crut pendant un instant qu'il s'agissait d'une péritonite aiguë. Mais lorsqu'il la revit à la fin de la matinée le facies était redevenu si caractéristique, le pouls filait tellement que M. Lejars confirma notre diagnostic. Il lui fit injecter un litre de sérum et nous ordonna d'intervenir si la situation ne s'améliorait pas.

A trois heures le pouls était presque incomptable, le facies était tout à fait pâle. La malade semblait encore baisser. L'intervention fut décidée.

A la laparotomie pratiquée par Sénéchal que j'assistais, nous trouvâmes un épiploon un peu adhérent au péritoine pariétal ; on le décolla et on trouva des anses intestinales agglutinées que Sénéchal sépara avec beaucoup de peine. Dans le petit bassin, une petite poche fut ouverte au cours de ces manœuvres ; elle contenait la valeur d'un œuf de liquide ascitique. Bref, nous ne savions pas trop ce que c'était quoique l'aspect des lésions et l'ascite nous fit pencher vers la tuberculose. Mais en palpant le mésentère nous sentîmes une quantité de ganglions énormes qui montraient nettement de quoi il s'agissait. Nous reprîmes l'exploration du petit bassin et nous vîmes que les anses intestinales agglutinées à cet endroit étaient évidemment la cause de cet empâtement que nous avions pris pour du sang. La trompe droite épaissie et oblitérée était sous ces adhérences et nous en fîmes l'ablation. La réunion eut lieu sans incidents.

L'intervention fut suivie d'une amélioration rapide :

l'état général se remonta, le pouls reprit, le facies se recolora.

Mais dès le lendemain elle eut une pleurésie qui disparut toute seule ou bout de quinze jours. Puis commence une longue histoire de rhumatisme tuberculeux diagnostiqué tel successivement par M. Lejars et par M. Le Noir et qui est actuellement presque terminé. Nous avons dit que la malade avait eu deux ou trois crises d'hystérie. Mais les troubles abdominaux ont cessé et l'état général est excellent.

Il s'agissait certainement là d'une péritonite tuberculeuse quoique nous n'ayons vu aucun tubercule sur la séreuse : l'agglutination des anses, l'ascite, les ganglions mésentériques et enfin la pleurésie et le rhumatisme consécutifs nous paraissent être démonstratifs. Enfin l'amélioration par la laparotomie confirme le diagnostic.

Certainement il était difficile de penser à la péritonite tuberculeuse dans un fait semblable. A aucun moment l'idée ne nous en vint alors que notre attention était portée de ce côté. Nous avons vu que quelques antécédents de la malade étaient pourtant assez suspects mais l'allure clinique était si dramatique que nous n'eûmes pas l'idée que là était la clef du diagnostic.

V

Valeur des signes positifs dans toutes ces formes.

La discussion et l'exposé méthodiques auxquels nous venons de nous livrer nous dispenseront de citer des arguments en faveur des opinions que nous voulons très brièvement exposer. Nous renverrons en particulier aux considérations que nous avons assez longuement émises à propos du diagnostic des formes qui simulent l'appendicite.

Nous dirons donc simplement, en matière de conclusion, qu'à notre avis, dans quelques cas le diagnostic est impossible : nous croyons en particulier qu'il en est ainsi dans la plupart des cas de péritonite tuberculeuse miliaire aiguë, qu'ils se révèlent par des symptômes d'occlusion relevant le plus souvent du mécanisme de l'occlusion paralytique, ou qu'ils se produisent brusquement avec les symptômes de la péritonite généralisée aiguë que l'on croit facilement être d'origine appendiculaire.

Dans presque tous les autres cas analogues que l'on a cités et que nous avons reproduits il nous paraît possible de relever dans les antécédents des malades des symptômes tendant à faire penser à la nature tuberculeuse et péritonéale de l'affection. Il s'agit en effet de péritonites tuberculeuses latentes mais réelles puisqu'elles forment des coudures, des brides, des agglutinations d'anses intestinales ou puisqu'elles forment des lésions chroniques dans la fosse iliaque droite. Et en effet, en analysant avec soin les antécédents nous avons vu qu'on y trouve quelque chose.

Ce sont d'abord des antécédents tuberculeux : antécédents héréditaires, antécédents personnels de tuberculose pulmonaire, pleurale, articulaire, osseuse, antécédents plus précis encore comme ceux dont témoignait l'aspect de la cicatrice dans une de nos observations.

Ce sont aussi des antécédents abdominaux : crises douloureuses survenues le plus souvent depuis un certain temps avec sièges multiples : autour de l'ombilic, dans les lombes, dans le bas ventre ; troubles gastriques (avec une période plus ou moins nette de vomissements) ; troubles intestinaux et en particulier alternatives de diarrhée et de constipation.

Quant aux signes actuels ils peuvent quelquefois avoir de la valeur : et la perception d'un gâteau péritonéal, s'il est possible, fera faire le diagnostic ; l'existence d'ascite, si rarement possible à déceler dans ces états aigus, serait également un excellent signe de présomption.

Quant aux autres nuances sur la localisation de la douleur, le météorisme plus ou moins prononcé, nous

n'y attacherons aucune importance. Peut-être dans quelques cas où les antécédents auront appelé l'attention du clinicien sur la possibilité du diagnostic ces nuances confirment-elles les soupçons ? Ce n'est pas même bien sûr.

Au reste, dans ces états graves et dramatiques on court souvent au plus pressé et la laparotomie est le meilleur moyen de diagnostic et de traitement.

DEUXIÈME PARTIE

LES FORMES LOCALISÉES SE PRÉSENTANT SOUS L'ASPECT DE GROSSES TUMEURS

I

Historique.

La deuxième série de faits sur lesquels nous nous proposons d'attirer l'attention est toute différente de la première. Il ne s'agit plus là de faits presque impossibles à diagnostiquer, déroutants non seulement par un ensemble symptomatique exceptionnel mais encore parce qu'il s'agit de faits graves où il faut se décider rapidement sans trop examiner le malade et en courant au plus pressé.

Dans les formes que nous envisageons maintenant il s'agit le plus souvent de faits essentiellement chroniques ou tout au moins qui laissent aux chirurgiens tout le temps de la réflexion. De plus, si les symptômes par lesquels ces formes se révèlent sont troublants et parfois à première vue éloignent plutôt qu'ils ne la provo-

quent l'idée de péritonite tuberculeuse on peut, dans les antécédents du malade, dans le début de l'affection et même dans certaines particularités faciles à recueillir si on les cherche systématiquement, trouver la clef du problème.

La littérature médicale est déjà assez riche en faits de ce genre. Déjà Bernutz et Goupil, en 1855, avaient décrit la pelvi-péritonite tuberculeuse. La thèse justement classique de Brouardel (1865) mit en lumière d'une façon saisissante la tuberculose génitale et depuis les nombreux auteurs qui ont traité de ce sujet ont toujours recouru à ce travail si intéressant et si complet. Il montre dans de nombreuses observations quel intérêt offre la réaction de la séreuse péritonéale aux lésions viscérales et ses autopsies faites avec une précision extrême révèlent, dans deux observations que nous avons recueillies, des faits comparables à ce que nous voulons décrire.

Talamon (*Bulletin de la Société Anat.*, 1878) parle aussi de la pelvi-péritonite tuberculeuse dont il cite douze observations : son cas personnel présente l'aspect d'une péritonite manifestement enkystée.

Depuis, les observations se multiplient. Boulland (1885) avait mis de l'ordre dans les péritonites généralisées. Mais surtout les observations chirurgicales se multiplient à la suite des succès que donne la laparotomie depuis l'opération délibérément faite par König en 1884, vingt-deux ans après l'erreur de Spencer Wells. Dans les thèses de Maurange (1889), de Pic de Lyon (1890) on trouve quelques faits instructifs. De même, Mathis

(1890), Elmassian (1890) rapportent des faits et les cas à l'étranger de Mayo Robson, de Prochavnik, en France de Chéron, de Terrillon qui publie une très intéressante observation dans la *Semaine médicale*, montrent nettement l'existence de péritonites enkystées ailleurs que dans le petit bassin et la difficulté de leur diagnostic.

La très intéressante thèse de Rosal (1893) rapporte des faits précis et curieux de pelvi-péritonite tuberculeuse.

Malgré cela, les formes localisées de la péritonite tuberculeuse restent peu connues. M. Jalaguier ne les cite même pas dans son article du *Traité de Chirurgie*. M. Guinard consacre une assez longue description à la pelvi-péritonite et pense que cette maladie est presque l'apanage des femmes n'ayant pas de passé génital; il mentionne seulement deux ou trois autres formes intéressantes.

Dans le travail tout à fait intéressant de Lauper qui publie avec de nombreux détails à l'appui toute la statistique de Kocher, les faits de ce genre sont nombreux: il n'y en a pas moins de huit qui se sont présentés sous la forme de tumeurs nettement limitées et quelques autres cas de sa statistique méritent d'être cités. Nous avons trouvé quelques cas intéressants dans le tout récent travail du professeur Gelpke, de Bâle, dont M. Lejars nous a fait faire la connaissance.

Nous en avons nous-même observé un cas très net cette année: il s'agissait d'une poche de péritonite tuberculeuse enkystée présentant tous les caractères d'un pyosalpinx. Notre maître, M. le Dr Mosny, a bien voulu nous

communiquer un autre cas fort curieux où, chez un tuberculeux avéré, le développement d'une épiploïte tuberculeuse sous-hépatique, qui fut diagnostiquée par quelques élèves : foie tuberculeux, mais dont lui-même reconnut la nature, sembla consécutif à un traumatisme.

Ces faits sont encore assez fréquents. On en trouvera 36 observations à la fin de cette thèse et on pourrait, croyons-nous, en trouver beaucoup d'autres. Mais cela suffit, nous semble-t-il, pour pouvoir ébaucher une description anatomique et clinique de ces formes.

A notre sens, du reste, le grand intérêt de cette question est dans le diagnostic et les indications thérapeutiques qu'il emporte. Le diagnostic est difficile car, par leur localisation même, ces formes imposent des symptômes spéciaux ; il est souvent possible quand on connaît bien les faits et que l'on sait dépister certains signes qui manquent rarement. Nous verrons combien ce diagnostic a de l'importance au sujet des indications thérapeutiques qui doivent souvent conduire, à notre sens, à l'intervention chirurgicale. Nous essaierons plus loin de préciser ces divers points mais nous voudrions auparavant entrer dans quelques détails sur la façon dont, anatomiquement et cliniquement, se présentent les choses.

II

Anatomie pathologique.

Les formes que nous avons en vue dans cette description se présentent sous des aspects un peu différents d'une part, suivant les endroits où elles se localisent et d'autre part, suivant la forme anatomique par laquelle la séreuse réagit à l'infection.

Le plus souvent, c'est dans le petit bassin que l'on trouve ces tumeurs péritonitiques enkystées. Dans ces conditions, le reste de la séreuse peut être complètement libre. Ainsi dans le cas classique de Talamon « le péritoine abdominal est sain, les anses intestinales sont libres. C'est en arrivant au détroit supérieur que l'on constate l'existence d'adhérences celluluses qui réunissent une anse du petit intestin à l'S iliaque et à la vessie. Ces adhérences peu résistantes étant dissociées avec le doigt, on tombe sur une poche remplie de matières purulentes et formée par le cul-de-sac recto-utérin dilaté. »

Il est bien rare que les limites de la poche suivent avec cette exactitude les parois du petit bassin et en réalité les tumeurs pelvi-péritonitiques tuberculeuses se prolongent souvent dans les fosses iliaques soit du côté droit ce qui est le plus habituel, soit du côté gauche. Quelquefois il y a prolongation dans les deux fosses iliaques et la tumeur dessine ainsi une sorte de croissant à concavité supérieure dont la circonférence intérieure est très variable.

Mais dans d'autres cas la tumeur tout en se prolongeant un peu dans le petit bassin est surtout prédominante dans l'une des deux fosses iliaque et il arrive parfois qu'il y ait deux tumeurs, l'une à droite, l'autre à gauche absolument indépendantes ou bien communiquant non par le petit bassin mais par l'abdomen lui-même.

Rien n'est plus curieux que le schéma dont Lauper accompagne la description d'un des cas de sa statistique (obs. 41) : dans ce cas, on sentait dans la région ombilicale un corps d'environ quinze centimètres de long sur cinq de large, se terminant à gauche en un bord mince et lisse, à droite en pointe. Il y avait une autre petite tumeur dans la fosse iliaque gauche complètement indépendante.

Parfois la tumeur est plus grosse et il forme une sorte de cône à sommet médian, à base pelvienne, le sommet atteignant souvent ou dépassant l'ombilic et du reste le plus souvent assez arrondi. Ce sont ces cas que l'on diagnostique fréquemment kyste de l'ovaire et à la vérité, dans ce cas, le classique signe différentiel

tiré de la forme des lignes de matité supérieure est tout à fait en défaut.

Une forme très spéciale a été signalée par Kocher : la tumeur siège dans la fosse iliaque gauche et a comme limite supérieure de matité une ligne oblique partie d'en bas et à droite vers en haut et à gauche en suivant en somme la ligne d'insertion du mésentère. Lauper en rapporte un cas et Gelpke s'est basé sur ce signe pour penser à une péritonite tuberculeuse chez un malade atteint d'une hydronéphrose du rein gauche qu'il ne tarda pas à reconnaître.

Il est plus rare que l'on ait affaire à des localisations abdominales. Dans le cas qui nous a été signalé par M. Mosny il s'agissait d'une tumeur sous-hépatique occupant la fosse iliaque droite mais un peu haut, à tel point que l'on trouvait cette masse en continuité avec le foie. M. Mosny, qui avait fait le diagnostic exact pendant la vie, trouva, à l'autopsie, une très grosse masse sous-hépatique constituée uniquement par de l'épiploon épaissi et infiltré de granulations tuberculeuses.

Les localisations hautes sont exceptionnelles. Nous ne parlerons pas en effet des périhépatites ou péri-splénites qui accompagnent la tuberculose du foie comme dans la cirrhose cardio-tuberculeuse de Hutinel ou de la rate et qui ne présentent pas l'aspect de grosse tumeur.

Dans une des observations de Deschamps (obs. 72) sur la péritonite périhépatique, enkystée, nous avons trouvé un cas où le lobe gauche du foie était fixé au diaphragme par des adhérences fibreuses multiples et

résistantes ; les lésions étaient surtout prononcées à l'endroit où l'extrémité gauche du foie, le sommet de la rate et des masses épiploïques étaient réunis. Ce foyer contenait du pus caséeux du volume d'une grosse noix et était manifestement en communication avec une pleurésie tuberculeuse sus-jacente.

Ce serait maintenant le lieu de parler de la tuberculose périgastrique. Nous avons cru utile de réserver ce chapitre si nouveau et si intéressant pour le mettre plus en valeur et discuter plus à fond les questions de diagnostic et de traitement absolument particulières qu'il soulève.

Quoi qu'il en soit, la constitution des parois de ces loges est souvent un peu différente. Ce sont, avant tout, des adhérences unissant les anses intestinales les unes aux autres ou formées entre elles et les organes du petit bassin. L'épiploon chargé de tubercules, épaissi en cordons plus ou moins irréguliers peut contribuer aussi à former la paroi de ces poches du reste mallimitées parfois en un ou plusieurs points et nous avons vu combien leurs contours étaient souvent irréguliers,

Le contenu est fréquemment du liquide ascitique ; plus rarement de ce pus caséeux que l'on rencontre fréquemment dans les formes classiques ulcéro-caséennes (il y en avait dans notre cas personnel, obs. 37).

Mais très souvent aussi il s'agit de véritables tumeurs solides remplies d'un magma constitué par l'épiploon épaissi et infiltré, par des anses plus ou moins épaissies et agglutinées, par des adhérences ou des fausses membranes. Ce sont des formes sèches, fibro-adhésives

classiques mais localisées à une partie plus ou moins grande du péritoine. Nous pensons qu'en outre des symptômes cliniques très particuliers qu'elles présentent, ces formes comportent un pronostic opératoire très différent de celui des péritonites fibreuses généralisées.

Dans certaines formes pelvi-péritonitiques au milieu de magma fibreux l'on trouve les viscères pelviens : ovaire et trompe surtout d'un côté ou même des deux, épaissis et le plus souvent infiltrés de granulations tuberculeuses. C'est un fait qui nous paraît important à noter et que nous retiendrons dans un instant.

Les ganglions lymphatiques avoisinants, surtout les ganglions mésentériques et aussi les ganglions iliaques et aortiques sont enflammés ou même ramollis.

Il se peut qu'indépendamment de ces lésions le péritoine voisin soit plus ou moins atteint, qu'il y ait même de la péritonite tuberculeuse miliaire comme dans le cas que nous a donné M. Mosny. Il peut y avoir même de l'ascite dans le reste du ventre. Mais ces lésions ont en tous cas un aspect très différent des lésions principales qui imposent par leur localisation des symptômes particuliers qui font le principal intérêt de la maladie, sinon il ne s'agit pas des formes que nous voulons décrire.

Enfin nous n'insisterons que sur les faits où il y a surtout des lésions péritonéales. Si une salpingite tuberculeuse ou une bacillose du cæcum s'accompagnent d'un peu de réaction du côté du péritoine voisin, ce n'en est pas moins une lésion presque exclusivement

viscérale. Nous n'en parlerons pas. Mais nous n'en éliminerons pas pour cela les cas où dans une grosse péritonite tuberculeuse localisée nous trouvons de minimes lésions sous-jacentes (ce qui est sans doute la règle). Mais ces cas où la péritonite prend par son développement une importance de beaucoup prédominante sont ceux qui ont été peu décrits, qui méritent d'être précisés d'abord au point de vue des lésions qu'on y rencontre, ensuite et surtout au point de vue de la clinique.

Nous n'avons rien à dire sur les lésions histologiques que l'on rencontre dans ces cas. Il y a là une prolifération du tissu conjonctif avec des nodules tuberculeux typiques où l'on retrouve des cellules géantes et épihélioides. Il n'y a là pour notre point de vue qu'un intérêt confirmatif de diagnostic et l'on pourra voir ces examens faits dans un assez grand nombre des cas que nous publions.

III

Pathogénie.

Nous ne dirons que quelques mots de cette question encore bien controversée pour toutes les tuberculoses péritonéales ; on a servi en honneur des diverses théories d'excellents arguments qui montrent que vraisemblablement la voie de pénétration du bacille diffère suivant les cas. Nous ne nous reconnaissons aucune compétence pour traiter de cette question, et nous ne l'effleurons qu'en tant qu'elle touche à notre sujet.

Il est fort possible que la voie sanguine la plus communément admise soit celle par où le bacille arrive dans la plupart des cas. Il est en effet très certain que c'est la façon la plus naturelle d'expliquer la production des péritonites tuberculeuses miliaires aiguës par exemple.

Dans certaines de nos formes où les lésions généralisées partout marquaient seulement une certaine pré-

dominance au niveau de quelques points et causaient l'aspect de grosses tumeurs comme dans le cas de M. Mosny par exemple, l'on peut aussi admettre la possibilité de l'infection par voie sanguine.

Mais dans la plupart de nos faits il faut bien admettre qu'il y a une raison à ces localisations de l'infection sur une partie de l'abdomen et presque toujours dans les régions où sont les viscères les plus fréquemment atteints de tuberculose. Nous avons vu de plus que dans les tumeurs fibreuses que nous signalions plus haut l'on voyait le plus souvent recouverts par l'épiploon tuberculeux ou par des fausses membranes et adhérences péritonéales soit des anses agglutinées soit une trompe ou un ovaire épaissis et présentant souvent des lésions manifestes de tuberculose. C'est ce cas qu'à montré le plus souvent l'examen histologique quand on les a enlevés.

Nous croyons donc qu'il faut, en général, chercher la source d'infection primitive dans ces organes et c'est ce qui explique la localisation de la tuberculose sur le péritoine de la région.

Ceci est presque évident au niveau des organes génitaux où il y a parfois une si nette localisation de la tuberculose comme dans le cas de Talamon. Elle doit être vraie dans les autres parties du ventre où la source d'infection peut être le tube digestif et en particulier le cæcum dans les localisations à la fosse iliaque droite (cas de M. le professeur Poirier. obs. 7). Nous verrons qu'au niveau de l'estomac on a trouvé dans toutes les autopsies où il avait eu prédominance des symptô-

mes périgastriques, des ulcérations de la muqueuse (voy. 3^e partie).

Nous n'insistons pas sur ce sujet et nous passerons de suite à la partie la plus intéressante — question, l'étude clinique.

IV

Etude Clinique.

Les malades que l'on rencontre atteints de ces formes de péritonite tuberculeuse sont le plus souvent des adultes et si nous citons plus loin quelques cas qui concernent les enfants, nous verrons dans deux observations seulement l'âge dépasser cinquante ans. Quant au sexe, la prédominance que nous trouvons dans notre statistique pour les femmes, tient évidemment à la pelvi-péritonite tuberculeuse ; pour les autres formes il ne semble pas y avoir grande différence.

Le début de ces formes locales est le plus souvent insidieux et ce n'est qu'un certain temps après les premiers signes de l'affection que le malade vient consulter le praticien. Aussi il y a intérêt à faire subir au malade, lorsqu'on suspecte une lésion locale de péritonite tuberculeuse, un interrogatoire des plus serrés. Car les antécédents dont nous avons essayé de montrer l'importance au point de vue du diagnostic des formes à accidents brusques vont ici prendre toute

leur netteté et suffiront dans un assez grand nombre de faits à assurer le diagnostic.

On peut dire que ces antécédents sont constants mais l'étude des faits montrera l'importance relative à chacun d'eux.

Les antécédents héréditaires doivent être soigneusement recherchés et ils ont été notés quelquefois. Dans les observations de Lauper il y avait sur quinze cas huit fois des antécédents héréditaires ; nous en trouvons dans les observations de Prochavnik, de Rosal, de Mayo Robson, chez notre malade. Dans beaucoup de cas on ne dit pas s'ils existent ou non.

Mais ce sont surtout les antécédents personnels qui fournissent des renseignements précis. Cependant dans beaucoup de cas aucuns signes de tuberculose pulmonaire n'ont été relevés ou tout au moins ils évoluaient en général depuis peu.

Parfois il y a eu une pleurésie plusieurs années auparavant (ce qui peut faire tendre à admettre la contamination par voie séreuse ou sanguine).

C'est le cas d'une des malades de Rosal, de Lauper et ce qui fit faire le diagnostic chez le malade de M. Mosny dont l'histoire péritonéale ne datait en apparence que d'un traumatisme violent aigu reçu un mois auparavant, c'est l'existence d'une histoire pleurétique datant de six mois et que confirmait l'auscultation actuelle. Il y avait, de plus, des signes de tuberculose au sommet.

Les véritables accidents d'où semble dater la maladie actuelle sont du reste autres le plus souvent et c'est

du côté de l'abdomen qu'il faut les chercher. A en croire les classiques, la péritonite tuberculeuse se révèle assez rapidement par des symptômes si violents que le plus souvent, un mois ou deux mois au plus après leur début, les malades sont obligés de consulter.

Ce que nous trouvons dans les observations que nous citons, diffère tout à fait de ces notions. Ainsi dans la statistique de Rocher nous voyons que lorsque les malades entrent dans la clinique, ils présentent des troubles abdominaux depuis 3 ans (obs. 39), 9 mois (obs. 40), 10 ans (obs. 41), 8 mois (obs. 42), 2 ans (obs. 43), 3 ans (obs. 44), 1 an (obs. 45), 6 mois (obs. 46), 3 mois (obs. 47), plusieurs années (obs. 48), 1 an (obs. 49), 6 mois (obs. 50), 6 mois (obs. 51), 6 mois (obs. 52).

Dans près de la moitié des cas le début remonte à un an au plus. Dans le cas de Prochavnik la malade souffre du ventre depuis 4 mois (obs. 59), une autre depuis 15 mois (obs. 58), une troisième depuis 8 semaines une autre depuis 2 ans 1 2. La malade de Rosal avait de la métrite depuis longtemps, notre malade personnelle souffrait du ventre depuis plusieurs années. Ainsi, sauf dans quelques cas très spéciaux comme celui de M. Mosny où il s'agissait en somme anatomiquement d'une péritonite généralisée, le début est le plus souvent très lent et en interrogeant les malades on obtient le plus souvent l'aveu d'une longue histoire.

Les troubles prodromiques que ressentent ces malades sont à peu près semblables : dans un grand nombre de cas se sont surtout des troubles des organes digestifs. C'est ce que nous notons en particulier dans la

statistique de Kocher dont la plupart des observations portent que les malades souffraient depuis plusieurs mois de troubles intestinaux : dans 36 0/0 des cas les vomissements sont notés. Ils ne surviennent le plus souvent qu'après un certain temps de troubles gastriques plus vagues qui sont notés dans la plupart des cas : c'est en particulier des douleurs gastriques survenant d'abord après l'ingestion d'un « bon repas » comme dit l'auteur mais bientôt presque continuellement. Il est rare qu'il y ait des douleurs aiguës : c'est plutôt une sensation de plénitude et de tension de l'estomac qui précède la période de vomissements.

Ces vomissements sont rarement très abondants ; dans quelques cas cependant ils sont notés comme étant si fréquents qu'ils dominent toute l'histoire de la maladie et peuvent faire songer à une affection gastrique.

Mais il est des troubles abdominaux encore plus constants : ainsi les douleurs abdominales sont très fréquentes et affectent des sièges multiples. Les douleurs péri-ombilicales sont notées dans cinq des cas de Laper. Plus souvent peut-être elles siègent dans la fosse iliaque droite ou dans le bas ventre affectant alors le caractère de douleurs pelviennes qui contribuent à faire rapporter l'affection à une lésion des organes génitaux.

Un excellent caractère à noter est que ces douleurs ne durent pas continuellement ; elles surviennent manifestement par crises avec paroxysmes survenant tantôt à l'occasion d'un repas, tantôt à la suite de quelque fatigue et durant souvent alors plusieurs jours.

Les troubles intestinaux sont notés dans la plupart des observations. Tantôt il y a de la constipation (cinq fois dans la statistique de Kocher, cas de Prochavnik, de Gelpke), exceptionnellement une diarrhée fétide et abondante sans doute par suite d'entérite tuberculeuse (un cas de Rocher), le plus souvent (autres cas de Rocher, Gelpke), on trouve des selles irrégulières et parfois nettement des alternatives de diarrhée et de constipation ou plutôt de la constipation avec grosses débâcles diarrhéiques, témoignant d'une sorte d'obstruction chronique pouvant se modifier comme dans les faits de la première partie de ce travail en véritables occlusions aiguës. — Il y a là un symptôme sur lequel nous avons insisté plus haut à propos de ces premières formes et qui a une très grande importance ; nous croyons qu'il faut le rechercher avec soin — Rapproché des signes concomitants, de l'âge du malade, de l'allure clinique générale de la maladie il prend une valeur considérable.

A côté de ces troubles gastro-intestinaux, les troubles génitaux surtout constants dans les pelvi-péritonites, mais qui peuvent exister dans toutes les autres formes, doivent être étudiés avec soin. Malheureusement ils empêchent le diagnostic plus souvent qu'ils ne le favorisent. Sans doute chez l'homme un noyau d'épidydinite tuberculeuse (cas de M. Mosny) est un signe à distance intéressant — mais seulement pour le cas particulier — Les troubles menstruels ont été trouvés à peu près dans tous les cas d'observations féminines. Quand ce symptôme est isolé il peut faire penser à un

trouble de la santé générale et peut-être à de la tuberculose (?). Mais s'il s'agit de femmes qui souffrent du ventre, qui ont des pertes leucorrhéiques et une histoire métritique, comme cela est si fréquent, il perd toute valeur.

Enfin dans quelques cas on a noté des troubles urinaires dus sans doute à une lésion rénale sous-jacente dont la fréquence est plus communément admise depuis quelques années, outre le premier malade de Rosal (obs. 60) sur lequel les renseignements sont d'ailleurs vagues, nous voyons qu'ils sont notés dans quatre des cas de Lauper. Dans l'observation 32 par exemple, le malade fut pris, un an avant son entrée, de troubles urinaires consistant en douleurs et brûlures à la miction ; pendant une semaine il eut des urines troubles avec dépôt épais, puis les urines redevinrent claires. Dans son état actuel il souffrait toujours de troubles urinaires avec mictions fréquentes et brûlures. « Lorsque les phénomènes de péritonite tuberculeuse rétrocédèrent, ajoute Lauper à la fin de l'observation, le catarrhe vésical cessa. »

Dans quelques cas enfin, on note des souffles cardiaques qui ne nous paraissent pas avoir de signification sur la question et l'augmentation de la matité cardiaque notée dans un cas aurait peut-être, en présence d'autres symptômes, pu faire penser à la participation du péricarde au processus tuberculeux.

Les signes physiques que donnent les tumeurs pelvi-péritonitiques tuberculeuses sont assez faciles à sentir mais il s'agit de savoir les interpréter. C'est bien souvent le toucher vaginal qui renseigne sur l'existence

des tumeurs pelvi-péritonitiques tuberculeuses. Parfois on sent dans les culs-de-sac une saillie en masse qui donne la sensation d'une périmétrite. Mais dans d'autres cas les sensations que donne la tumeur sont plus précises. Dans notre observation personnelle où il s'agissait d'une jeune femme qui souffrait du ventre depuis plus d'un an, on trouvait dans les culs-de-sac deux grosses masses saillantes et douloureuses : l'une, à gauche, bombait relativement peu mais l'autre, à droite, douloureuse, nettement limitable par le palper bi-manuel et qui donnait l'impression d'une tumeur grosse comme une petite mandarine avec un petit prolongement dans le cul-de sac postérieur, ressemblait autant qu'il est possible à un pyosalpinx. Si l'on ajoute que la malade avait surtout une histoire génitale, suite de fausse couche, qu'elle avait eu un état péritonitique aigu rappelant un peu celui que nous avons décrit dans la première partie de ce travail, on comprendra combien il était aisé de penser à une poche salpingienne suppurée.

C'est là un fait noté plusieurs fois et qui, en l'absence des antécédents, s'impose presque, ainsi chez la deuxième malade de Rosal (obs. 61), « l'utérus est légèrement fixé ; dans le cul-de-sac latéral gauche on sent une tumeur du volume d'un œuf de poule. Elle est irrégulière, bilobée, adhérente au pelvis et difficile à mobiliser... A droite il y avait à l'union du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac latéral une tumeur du volume d'une noix accolée à l'utérus et également adhérente au pelvis. » Remarquons en passant que ces tumeurs sont fréquemment bilatérales. Pourtant, dans le cas de Mayo

Robson, on pense seulement à un pyosalpinx gauche grâce à des sensations assez semblables que donnait le toucher vaginal.

Dans tous ces cas il est à noter combien la tumeur est adhérente à l'utérus, mobilisable avec lui, prenait enfin tout à fait l'aspect d'une tumeur pelvienne.

Mais parfois on obtient par le toucher vaginal des sensations très différentes : il s'agit alors de tumeurs grosses, variables, qui se présentent avec une consistance très différente suivant les cas. Molle, fluctuante même quand il s'agit d'une petite poche ascitique, la tumeur est le plus souvent dure et étendue.

Dans ces cas, il est nécessaire de combiner toujours le palper au toucher : c'est par ce procédé seulement que l'on peut délimiter et se rendre compte de ces grosses tumeurs plus ou moins dures occupant le petit bassin et se prolongeant d'une façon plus ou moins étendue dans les fosses iliaques, affectant en particulier cette forme en croissant à concavité supérieure que nous retrouvons plusieurs fois dans les observations.

Un autre moyen d'exploration du péritoine pelvien est le toucher rectal qui donne au sujet de la délimitation postérieure de ces tumeurs des renseignements plus ou moins précis. Le plus souvent on sent là un bombement ou une induration diffuse qui ne donne des renseignements vraiment nouveaux que dans les cas où les circonstances physiologiques rendent le toucher vaginal difficile à pratiquer. Chez l'homme, dans les cas de pelvi-péritonite du reste exceptionnels (Rosal, obs. 60), le toucher rectal est un moyen d'exploration

d'autant meilleur qu'il peut renseigner sur l'état de la prostate et des vésicules séminales.

La palpation et la percussion abdominales donnent des renseignements très précis : c'est la palpation qui permet de sentir une résistance plus ou moins nette localisée à une partie de l'abdomen et la percussion révèle le plus souvent une matité dont la limite supérieure et très variable : très fréquemment comme dans les kystes de l'ovaire à convexité supérieure mais avec des irrégularités, des prolongements qui donnent à la tumeur les formes les plus bizarres, comme dans ce cas de Kocher déjà cité (obs. 41) où il y avait une grosse tumeur médiane siégeant au niveau de l'ombilic, reliée à une autre tumeur de la fosse iliaque droite par un petit pédicule tandis que dans la fosse iliaque gauche une toute petite tumeur se révélait par une résistance appréciable accompagnée d'une zone de matité très nette. Quelquefois cependant on sent une masse ronde et résistante très nette et facile à sentir.

Il est des cas où ces tumeurs sont merveilleusement mobiles et de Prochavnik en rapporte un où la malade s'apercevait elle-même d'une tumeur de la fosse iliaque droite et pouvait la déplacer jusque vers l'ombilic mais, du reste, ces déplacements s'accompagnent des plus vives douleurs.

Ces tumeurs sont plus ou moins sensibles à la pression ; elles sont même parfois un peu ou très douloureuses, et ceci est un signe qui peut être trompeur et qui peut, si par exemple la tumeur siège dans la fosse iliaque droite, faire penser à une appendicite.

Nous ne reviendrons pas sur toutes les formes que peuvent revêtir ces tumeurs ; nous avons parlé des principaux types que l'on rencontre en étudiant les formes anatomiques et l'on trouvera des renseignements précis dans les observations annexées. Tantôt ce sont les grosses tumeurs en croissant qui se prolongent dans la fosse iliaque, tantôt les formes en cône à sommet supérieur, tantôt les formes bilatérales isolées. Parfois même on trouve deux zones mates dans les flancs avec une tumeur centrale. Très souvent, la limite supérieure de la matité atteint le voisinage de l'ombilic et nous rappellerons cette forme signalée par Kocher où la limite supérieure suit la ligne d'insertion mésentérique. Nous avons déjà dit que pour le cas de M. Mosny la tumeur semblait se continuer avec le foie et n'était limitable qu'en dedans et en bas.

L'état général est très variable suivant les cas ; nous savons que lorsque le malade vient consulter, le début dure depuis, en général, assez longtemps et que peu à peu, en des séries de crises coupées d'alternatives de rémission, l'état général est devenu grave. C'est ainsi que la perte de l'appétit, l'amaigrissement très grand même en dehors de toutes lésions concomitantes de tuberculose pulmonaire est devenu considérable. D'autres fois, au contraire, les malades ont un état relativement bon mais il est rare qu'il n'y ait pas eu quelques symptômes généraux qui ne sont jamais à négliger et peuvent toujours, chez des sujets jeunes, faire penser à la tuberculose. La courbe thermique peut avoir aussi son importance. Dans la plupart des cas la température

n'est pas très élevée mais beaucoup de malades ont de temps en temps pendant trois ou quatre jours une petite poussée de fièvre atteignant le soir de 38° à 38°5 au maximum souvent précédée d'un frisson et de sueurs. Dans un seul cas de Kocher la température était montée à 39°3.

Enfin, comme nous l'avons dit en commençant, il arrive souvent que l'examen systématique du sommet des poumons révèle quelques lésions au début qui seront un excellent symptôme pour mettre sur la voie du diagnostic ; en tous cas l'auscultation doit être absolument pratiquée.

Mais il faut bien savoir que dans la majorité des cas les lésions sont peu étendues. Tous les symptômes de tuberculose actuelle, quels qu'ils soient, devront être retenus avec grand soin et en particulier les signes de pleurésie que nous retrouvons dans les observations de Lauper, dans celle de M. Mosny et qui, dans les cas de péritonite généralisée, sont si fréquents.

L'évolution des malades qui se présentent avec ces formes est variable. Il est classique, dans les formes généralisées, d'opposer la forme ascitique curable aux formes ulcéro-caséeuses de pronostic mauvais aux formes fibro-adhésives graves par leurs complications et leur peu d'amélioration par la laparotomie. En est-il de même pour les formes localisées ?

Si nous suivons l'évolution des cas que nous publions, nous voyons qu'il faut tout d'abord distinguer les cas non opérés et les cas opérés.

Sur les 36 cas que nous publions, éliminons 6 cas

d'autopsie et qui n'ont qu'un intérêt anatomique. Il reste 29 cas dont 9 seulement n'ont pas été opérés : 4 sont morts rapidement, 1 malade a survécu six ans, 2 ont eu une amélioration légère et 2 ont guéri. Ces deux cas de Lauper ont été revus douze et dix ans après leur guérison et celle-ci s'est maintenue.

Sur les 20 cas restants, 6 sont morts dont 2 étaient dans un état très grave quand ils ont été opérés, 2 ont été améliorés et 12 ont guéri.

A la prendre brutalement cette petite statistique est tout en faveur de l'opération mais ce n'est pas à coups de chiffres qu'il faut se décider et nous donnons simplement les impressions qui, pour nous, se dégagent des faits.

Il faut, en effet, tout à fait distinguer suivant les cas. En général, il faut avouer que la maladie laissée à elle-même comporte une évolution médiocre. Dans les formes fibreuses généralisées nous savons que le pronostic est grave et que les complications emportent souvent les malades. Il n'en est pas tout à fait de même ici. Ainsi une malade de Gelpke (obs. 67) traitée par l'expectation a parfaitement guéri. Il en fut de même de cette malade de Lauper (obs. 41) qui présentait ces grosses masses de forme bizarre, l'une médiane et reliée à la fosse iliaque droite, l'autre à gauche.

Mais dans d'autres cas la mort est survenue rapidement et dans ces cas on note rarement des complications locales graves. Le plus souvent, la mort se produit par une tuberculose pulmonaire concomitante en une aggravation de l'état général avec élévation de tem-

pérature, sueurs nocturnes, diarrhée fétide, bref, des signes de résorption toxique.

Mais en somme l'évolution mortelle est relativement rare ; il y a 20 guérisons sur 29 cas dans notre statistique, soit 68 0/0 de guérisons.

Quand la guérison est survenue à la suite d'une intervention chirurgicale elle se produit toujours à peu près de la même façon. Il y a, le plus souvent, d'abord une modification profonde dans les troubles intestinaux : les vomissements diminuent ou cessent, les selles deviennent régulières. Souvent, les troubles génitaux disparaissent et on note en particulier de la régularisation des règles.

Puis l'état général devient meilleur, il se produit une reprise de l'appétit, si souvent disparu pendant le cours de l'affection, et une augmentation de poids qui devient notable.

Il est à remarquer que lorsqu'il y avait des symptômes urinaires il ne se sont effacés que lentement.

Il faut bien noter qu'au contraire l'évolution par guérison spontanée est longue et lente, qu'elle a duré plus de quatre ans dans un des cas quoiqu'elle se soit du reste maintenue. Les guérisons opératoires sont au contraire remarquables par leur soudaineté : au bout de quelques mois, c'est, en général, une véritable transformation. Quand nous avons vu au bout de trois mois la malade qui fait l'objet de notre observation personnelle nous avons eu peine à la reconnaître quoique nous l'ayons vue souvent ; elle-même s'extasiait sur sa

mine et la façon dont elle avait engraisé malgré qu'elle eût encore une petite fistule abdominale.

Enfin ces guérisons se maintiennent. Il suffit de citer la statistique de Kocher qui est tout à fait démonstrative puisqu'il cite des cas de guérison complète au bout de 14 ans (obs. 39), 13 ans (obs. 41), 8 ans (obs. 43), 7 ans (obs. 45). Les autres cas sont plus récents mais dans tous ceux qui se sont terminés par guérison celle-ci est restée parfaite et l'on n'a pas noté de rechute.

V

Le Diagnostic.

Après ce que nous venons de dire, notre étude diagnostique pourra être plus courte. C'est pourtant là un des points les plus intéressants de la question car ces formes ont chance d'être méconnues et cela de par leur localisation toute spéciale qui fait qu'en général l'on pense plutôt à une maladie purement locale qu'à une atteinte du péritoine. Les formes ascitique et fibreuse prêtent peut-être à une distinction car s'il est relativement possible d'après les signes physiques d'une tumeur fluctuante de penser à un épanchement péritonéal la sensation d'une tumeur solide ou dure évoque plutôt l'idée d'autre chose.

Dans le cas de forme ascitique le diagnostic qui doit se poser le plus souvent est celui de kyste de l'ovaire. Nous le trouvons en effet mentionné dans plusieurs observations. C'est du reste l'erreur que l'on commet habituellement au cours de la péritonite ascitique généralisée. Les premières thèses qui parurent sur la péri-

tonite tuberculeuse fourmillent de ces erreurs. Dans bien des cas du reste le problème est terriblement difficile à résoudre même à l'heure actuelle où l'on a ressassé à maintes reprises les signes différentiels. Celui qui est le plus courant consiste dans la forme de matité dont la limite supérieure concave pour la péritonite tuberculeuse est convexe pour le kyste ovarique. La forme même de certaines poches péritoniques tuberculeuses que nous avons décrites montre que leur ligne de matité doit avoir la concavité dirigée en bas.

L'observation de Lauper est caractéristique (obs. 44), où l'on sentait « sur la ligne médiane une masse ronde très sensible à la pression. » De même König (obs. 57) constate un ventre souple, mais à gauche une tumeur élastique « au volume du poing d'un enfant » qui lui fit penser à un kyste de l'ovaire : il s'agissait de péritonite tuberculeuse.

Souvent aussi on porte le diagnostic de sarcome de l'ovaire. En effet, si quelques-uns des symptômes digestifs et généraux que nous avons décrits plus haut : perte d'appétit, alternatives de diarrhée et de constipation, amaigrissement, pertes des forces rapide, coexiste avec cette tumeur locale pas assez grave pour donner elle-même si ce n'est qu'un kyste des troubles aussi sérieux, on pense à une dégénérescence maligne de l'ovaire d'autant que celle-ci est souvent accompagnée d'un peu d'ascite comme on en trouve dans le reste du péritoine en dehors de la pelvi-péritonite.

L'erreur a été commise fréquemment, Ainsi chez une jeune femme de 33 ans (obs. 43), c'est le diagnostic

que porta Kocher. Au toucher vaginal le col était petit et ferme en latéro-flexion droite. A gauche on sentait un corps mou, un peu mobile, irrégulier, ressemblant à un papillome de l'ovaire. Le côté droit était libre.

L'autre diagnostic qui, dans les pelvi-péritonites tuberculeuses est le plus souvent porté, est celui de salpingite. Très fréquemment en effet, les malades ont un passé génital d'autant plus que dans bien des cas de ce genre nous avons vu que la trompe était plus ou moins atteinte de salpingite tuberculeuse et quelle faisait souvent partie de la tumeur. Mais il est bien entendu que nous ne faisons pas ici le diagnostic de la salpingite tuberculeuse et du pyosalpinx gonococcique ordinaire. Il ne peut s'agir que des cas où la pelvi-péritonite est la lésion principale, où elle se présente sous la forme d'une masse plus ou moins grosse située dans les culs-de-sac. Cette masse est douloureuse spontanément, surtout sensible à la pression. Nous avons montré quels caractères elle avait pris dans notre observatoire (obs. 37). Notons encore une fois que notre malade avait des antécédents génitaux sérieux dont le point de départ était une fausse couche survenue auparavant, qu'elle avait de la température avec des oscillations qui finirent par s'apaiser et disparaître par le repos, et dans ces conditions il faut bien reconnaître que le diagnostic de pyosalpinx était des plus naturels. Cette erreur de diagnostic doit être fréquente si nous en jugeons par les cas que nous avons trouvés au cours de nos recherches. Dans notre statistique nous voyons que successivement Mayo Robson (obs. 62), de Prochavnik

(obs. 65), Rosal (obs. 60), Kocher (obs. 42), ont commis l'erreur.

Mais toutes les autres maladies de l'utérus et des annexes ont pu être diagnostiquées dans ces formes de péritonite tuberculeuse. Gelpke cite un cas personnel où il fit le diagnostic de fibrome utérin (obs. 69). De Prochavnik cite un cas où par le palper on sentait une tumeur (obs. 63), qui présentait les caractères « d'un utérus gravide au cinquième ou sixième mois », coexistant avec une grosse tumeur mobile du côté gauche que l'on prit pour un pyosalpinx.

Dans toutes ces affections le diagnostic est des plus complexes et nous insistons à nouveau sur la valeur des antécédents pour le faire. Lorsqu'ils sont obscurs ou même absents, qu'ils sont en tous cas effacés par des histoires génitales souvent très complexes à démêler, alors l'erreur de diagnostic est presque fatale et on ne trouve la péritonite tuberculeuse qu'à l'intervention.

Mais bien souvent les sièges de la péritonite localisée sont encore autrement anormaux. C'est d'abord au niveau de la fosse iliaque droite. Et si les antécédents du malade sont peu précis ou qu'on ne les recherche que superficiellement, que d'autre part le malade ait quelque élévation de température avec un peu de douleur et de sensibilité à la pression du côté droit du ventre, on a bien des chances pour faire le diagnostic d'appendicite. Ce sont là des faits analogues à ceux sur lesquels nous avons déjà longuement insisté (voy. première partie).

En d'autres cas on pense à la tuberculose du cæcum

hypertrophique et, du reste, l'erreur de diagnostic est minime car il est fréquent de trouver au-dessous de ces masses péritonitiques un cæcum tuberculeux comme dans le cas de M. le professeur Poirier où il y avait des tubercules sur toute la séreuse et surtout de grosses masses caséuses dans la fosse iliaque droite formant une sorte de tumeur recouvrant le cæcum lui-même gros et atteint, dans ses parois, de tuberculose manifeste. Souvent dans ces cas simulant un gros cæcum on agite le diagnostic de tumeur maligne de cette partie de l'intestin : et le diagnostic chez les gens âgés peut être délicat.

Il semble au reste que dans toutes les formes abdominales le diagnostic de cancer de l'intestin pourrait se poser en présentant quelque difficulté. Cependant dans notre petite statistique nous ne voyons guère cette erreur commise que dans un cas de Prochavnik où cette hypothèse avait été hasardée par des crises d'obstruction assez sérieuses et où, à l'intervention, on trouva une péritonite tuberculeuse avec agglutination des anses ; le chirurgien essaya de les libérer et en arriva, comme dans la plupart des cas analogues, à amener la déchirure de l'intestin et la mort du malade. C'est surtout dans les cas où prédominent certains troubles intestinaux, où le sujet est âgé que l'on doit facilement commettre l'erreur de diagnostic. Il faudrait dans des cas analogues se baser sur l'étendue de la tumeur, son irrégularité et aussi sa matité à la percussion qui est constante et nous paraît être un excellent signe différentiel.

Nous trouvons par contre plusieurs fois cité dans les observations l'erreur de diagnostic avec le sarcome de la paroi. Ainsi c'est ce diagnostic que fit Terrillon lorsqu'il opéra la jeune femme atteinte de forme fibreuse dont nous avons déjà parlé et qui guérit si merveilleusement.

Gelpke parle de même d'un jeune garçon de onze ans chez qui on diagnostiqua un sarcome autour de l'ombilic. Ce siège péri-ombilical est du reste assez fréquent et nous y avons insisté; on sait depuis longtemps que les foyers caséux de péritonite tuberculeuse peuvent s'ouvrir à l'ombilic et nous verrons plus loin deux cas de tuberculose périgastrique qui eurent cette évolution.

Enfin, il est des diagnostics exceptionnels, par exemple celui de foie tuberculeux qui fut fait par certains élèves chez un malade de M. Mosny, dont nous avons déjà parlé. Les antécédents tuberculeux et la continuation de la matité de la tumeur et de celle du foie avaient fait poser ce diagnostic par quelques personnes mais M. Mosny pensait qu'il s'agissait plutôt de péritonite tuberculeuse d'après les sensations que donnait la palpation et l'existence de petits noyaux dans la fosse iliaque gauche. Une hernie du reste récente du malade avait disparu pendant cette marche de l'affection et ce qui put être considéré comme un symptôme.

Nous pourrions examiner toutes les tumeurs du ventre et faire le diagnostic mais comme nous n'avons aucun cas à citer à l'appui de ce que nous dirions, nous n'insisterons pas tout en pensant *à priori* que dans cer-

taines conditions déterminées, bien des diagnostics peuvent être faits quand il s'agit de la péritonite tuberculeuse localisée.

Ce qu'il y a d'intéressant en réalité dans tout cela c'est que le diagnostic de péritonite tuberculeuse dans un certain nombre de ces faits est très possible. Non seulement par ses antécédents tant tuberculeux que péritonéaux, par cette évolution en crises brusques et répétées, mais aussi par toutes sortes de nuances physiques qui ont une réelle valeur. Ces tumeurs étendues qui partent de l'ombilic et descendent plus ou moins dans les flancs, ces autres qui partent de la fosse iliaque droite d'un côté, descendent dans le petit bassin et communiquent avec celle de l'autre côté, leur consistance irrégulière, la palpation et la percussion qui les montrent souvent douloureuses, résistantes à la pression et mates, tout cela constitue un ensemble symptomatique assez spécial. Pour peu qu'il y ait une légère ascite dans le reste de l'abdomen ou que l'on retrouve avec une certaine netteté les antécédents sur lesquels nous avons insisté, le diagnostic est très possible.

Nous ne dirons que quelques mots du diagnostic inverse : il arrive surtout de diagnostiquer la péritonite tuberculeuse enkystée du petit bassin dans certains cas de kyste de l'ovaire. Nous en avons observé dans le service de M. Lejars un cas que nous rapportons.

Nous n'insisterons pas sur toutes les éventualités curieuses qui peuvent se produire ; signalons un cas intéressant de Gelpke que nous citons également : il s'agissait d'un homme qui avait dans la fosse iliaque

droite une grosse poche fluctuante dont la limite supérieure suivait la ligne d'insertion mésentérique. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse fut fait par analogie à l'observation de Kocher. Mais bientôt l'on reconnut que l'on avait en réalité affaire à une hydronéphrose ce que confirma l'intervention. Nous avons vu un cas très analogue autrefois dans le service de M. le Dr Peyrot mais la poche était plus grosse que dans le cas de Gelpke et l'erreur plus facile autant que des souvenirs déjà confus nous permettent de l'affirmer.

Les indications thérapeutiques.

Sans refaire la petite statistique citée plus haut nous rappellerons que sur 29 cas 20 ont été opérés et 9 ne l'ont pas été.

Remarquons que dans un certain nombre de cas opérés le diagnostic ne fut fait qu'au cours de l'opération; aussi ne nous étendrons-nous pas beaucoup sur ces faits et en particulier sur ceux où le diagnostic était presque impossible. Ils comportent cependant un enseignement que nous retiendrons : c'est qu'en particulier dans les cas où la péritonite tuberculeuse fut prise pour une lésion des annexes et opérée comme telle les suites furent excellentes, et que l'intervention fut des plus profitables aux malades. Il sied donc de penser que l'erreur de diagnostic n'eut pas dans ces cas une importance pratique très grande.

Si nous regardons maintenant les cas non opérés

nous constatons que, sauf une fois, le diagnostic avait été fait et c'est donc de parti pris que le chirurgien avait laissé le malade tranquille. Le résultat a donné deux beaux succès, deux améliorations légères et cinq morts. Il est difficile de juger d'après ces chiffres car il s'agissait parfois de cas graves ou désespérés. Quoi qu'il en soit il reste de cela que les formes localisées ont pu guérir spontanément. On ne peut rien conclure des formes anatomiques puisque la guérison eut lieu une fois avec une poche ascitique et l'autre fois avec une tumeur fibreuse.

Il y a du reste longtemps que l'on sait que la péritonite tuberculeuse est curable spontanément. Il fut cependant un temps où toutes les formes de la tuberculose péritonéale semblaient rapidement mortelles. Peter disait en 1871 : « Quand le mal arrive au péritoine, la tuberculose a doublé de gravité. Il n'y a plus de rémission possible. » On sait maintenant combien ce jugement était excessif.

Et cependant l'on ne peut pas ne pas être impressionné à la lecture des faits très nombreux de guérison par l'intervention chirurgicale. On sait depuis König que dans la péritonite tuberculeuse ascitique, l'ouverture simple du ventre avec évacuation ascitique et réunion, produit des guérisons merveilleuses. Nous ne rappellerons pas les innombrables théories qui ont été fournies pour expliquer la chose ; ceci est très largement expliqué dans les traités de médecine et de chirurgie et dans d'excellentes thèses françaises allemandes et italiennes. Nous pourrions, si tel était notre

sujet, discuter l'opinion de M. le professeur Gelpke de Bâle au travail tout récent duquel nous avons fait allusion plusieurs fois et qui pense que l'ascite contient une substance destinée à détruire les toxines tuberculeuses, qu'il faut donc savoir la respecter jusqu'au moment (3 ou 4 mois d'après lui) où elle devient inutile. Il croit par conséquent que l'intervention précoce donne de mauvais résultats et comparant certaines statistiques il en tire cette conclusion qu'on ne doit faire la laparotomie quetris ou quatre mois après le début. Quant aux formes fibreuses elles sont très graves et mieux vaut ne pas y toucher.

Notre conclusion tirée des faits que nous avons exposés sera, quelle que soit la façon dont s'expliquent les choses, un peu différente. Dans les formes localisées que nous avons décrites, il est d'abord bien rare d'assister au début de l'affection qu'il est le plus souvent impossible de faire préciser ; presque toujours dans les cas où l'opération a cependant été faite précocement la guérison a été normale. Donc sans se laisser trop influencer par les théories il faut, dans les formes ascitiques, intervenir de bonne heure, et évacuer l'ascite, et refermer sans drain si possible car c'est souvent là une cause de fistule persistante. Si cependant il y a du pus caséeux (comme chez notre malade) le drainage est nécessaire.

Mais il est une autre conclusion de M. le professeur Gelpke à laquelle nous pouvons encore moins nous associer, c'est l'affirmation que les formes sèches sont des formes à ne pas toucher. Sans doute s'il veut

entendre par là les formes généralisées ulcéro-caséennes la chose est probable car d'une façon comme d'une autre la mort est la terminaison fatale. Mais dans les formes fibreuses, même étendues, cela ne nous semble déjà plus exact car il est très possible à notre sens que l'intervention soit très utile dans certaines formes étendues comme celle de Knaggs et de Poppert (obs. 5 et 6), étudiées dans la première partie de ce travail.

Enfin si nous parlons des formes fibreuses localisées nous trouvons facilement des exemples de guérisons merveilleuses par l'opération.

Dans plusieurs cas de Kocher, la chose est arrivée. Dans un premier cas (obs. 39) par exemple, il s'agit d'une jeune femme qui avait été opérée trois ans auparavant pour une hernie crurale et l'on avait trouvé de la tuberculose herniaire. Elle avait, depuis, des troubles très violents et au toucher on sentait une tumeur contre l'utérus de la grosseur d'un œuf et se mobilisant avec ce dernier. A l'opération, tuberculose miliaire du péritoine ; la tumeur que l'on sentait par le vagin est fibreuse. Pas d'ascite. L'examen histologique fut positif. Cette malade guérit en quelques jours ; opérée le 19 juillet 1887 elle fut revue par Kocher le 3 janvier 1901, ne se plaignant que de quelques douleurs avant ses règles, d'ailleurs régulières. Elle avait bon appétit et son poids respectable était de 92 kilogs.

Ce n'est pas un cas isolé et il y a longtemps que Terrillon dans son article de la *Semaine médicale* montrait la possibilité de ces faits. Opérant une femme pour un sarcome de la paroi (obs. 58) il tomba sur une péri-

tonite tuberculeuse. « Le péritoine formait une sorte de plastron de l'épaisseur de la main, composé d'un tissu de fausses membranes infiltrées de granulations tuberculeuses; je l'incisai largement. Je cherchai ensuite à séparer les fausses membranes qui agglutinaient entre elles les anses mais ne pus y parvenir. Je refermai le ventre peu satisfait, je l'avoue, de mon opération. »

La guérison fut rapide; dix-huit mois après, Terrillon la vit à la Salpêtrière. Le ventre était souple et paraissait normal.

Donc on doit opérer les formes fibreuses localisées et si l'on n'obtient pas toujours des résultats aussi brillants il semble que l'on puisse tout au moins essayer d'y parvenir.

L'ouverture simple du foyer avec évacuation de l'ascite est-elle suffisante et ne doit-on pas essayer d'atteindre l'agent qui cause ces réactions péritonéales ? C'est ce qui paraît au premier abord le plus logique. Cependant la chose n'est pas toujours possible et la question ne peut guère se poser que s'il s'agit de l'appendice ou des organes génitaux et en particulier des trompes et des ovaires.

Nous croyons qu'il ne faut pas hésiter même à multiplier un peu les manœuvres pour aller à la recherche de l'appendice tuberculeux sans cependant essayer des choses trop périlleuses dans des magmas difficiles à explorer.

Quant aux annexes de l'utérus la discussion est encore plus possible : il est d'abord souvent difficile

de distinguer dans le magma caséux qui agglutine tous les éléments de la tumeur où est la trompe. Quand on peut la voir et qu'elle semble présenter des lésions microscopiques évidentes, il nous paraît qu'il faut sûrement l'enlever. Si les lésions sont douteuses, la question est plus discutable et les nombreux auteurs qui en Allemagne se sont occupés de la question ont été très divisés. König, Ebstein, Fritsch, Rattner, Nuk-sauer pensent qu'en général il est préférable de laisser les trompes, tandis que Winter, Kocher, Murphy, Jappé, Vicrodt, Pribram croient qu'il vaut mieux enlever le foyer.

Toujours est-il qu'il résulte de nos observations que dans des cas où la cause était vraisemblablement d'origine génitale, on a pu laisser les annexes et pratiquer l'opération la plus simple et la meilleure : évacuation de l'ascité, ouverture et exposition à l'air du foyer fibreux, réunion sans drainage sauf dans les cas où il y a du pus caséux, ce qui d'ailleurs cause bien souvent des fistules.

TROISIÈME PARTIE

LA TUBERCULOSE PÉRIGASTRIQUE

I

Historique.

Nous avons voulu mettre à part des autres formes localisées les faits de péritonite tuberculeuse du péritoine périgastrique parce qu'ils présentent une allure très spéciale. En réalité, c'est encore à l'heure actuelle une maladie à peu près inconnue et l'on ne peut citer que quelques observations isolées et qui, pour intéressantes qu'elles soient, ne permettent pas de faire une description logique et précise de cette maladie. Aucun article n'a encore, à notre connaissance, paru en vue de ce sujet spécial et c'est au cours d'études sur des points différents que sont parues les quelques observations que nous allons rapporter.

Mais nous nous en voudrions de ne pas signaler avant tout le très intéressant travail de MM. Ricard et

Chevrier dans la *Revue de Chirurgie*, 1905, qui en décrivant les sténoses tuberculeuses du pylore ont insisté longuement et à plusieurs reprises sur la tuberculose du péritoine pylorique. Nous avons fait de nombreux emprunts à ce travail qui nous a permis de préciser bien des choses..

L'observation la plus ancienne de tuberculose péri-gastrique et gastrique semble être l'observation qu'Hattute a publié dans la *Gazette des hôpitaux* en 1874. Nous ne trouvons plus ensuite que l'observation de Barbaci en 1890 qui publie une très intéressante autopsie. Puis c'est Durante qui, en 1894, rapporte deux cas de tuberculose pylorique avec péritonite, et qui fait les premières interventions chirurgicales.

Il faut citer encore quelques cas isolés : la mention des observations de Kennedy Dalziel, de Margarucci, de Mayo Robson. Les autres cas que présentent Ricard et Chevrier ne concernent pas notre sujet. Ils citent personnellement quatre cas dont deux sont manifestement accompagnés de périgastrite tuberculeuse ; le troisième concerne un cas d'ulcération tuberculeuse avec péritonite consécutive. Notons encore deux cas de Godart-Daunieux que nous citerons également.

A cette courte liste nous aurons très peu de faits à ajouter. Nous avons trouvé dans la littérature allemande le cas de Struppler ; mention incomplète et qui ne mérite même pas d'être citée ; un cas de Claritel Cone et un de Gelpke avec peu de détails.

Mais nous avons de plus, et c'est ce qui nous a engagé à souligner ce chapitre, eu l'occasion d'observer dans

le service de M. le Dr Lejars un cas très net et très intéressant de tuberculose péripylorique ; le diagnostic en avait été fait. L'intervention chirurgicale confirma ce diagnostic jusqu'en ses petits détails et une très légère amélioration que nous craignons ne devoir être que passagère suivit la section d'une bride qui comprimait le pylore.

En réalité tout cela est insuffisant et nous n'avons en aucune façon la prétention de vouloir résoudre un seul des problèmes que ces faits soulèvent. Peut-être, en effet, malgré leur très certaine rareté, ils seront mieux connus d'ici quelques années et les observations se multipliant arrivera-t-on à poser des règles d'intervention précises. Nous voudrions simplement essayer de montrer quelles sont les solutions possibles de certaines de ces questions, tout au moins d'après les impressions insuffisantes qui résultent des travaux actuels.

II

Anatomie pathologique et Pathogénie.

En réalité ce que nous décrivons sous le nom de tuberculose périgastrique peut se présenter de bien des façons différentes. Il nous semble qu'à *priori* il peut s'agir tout d'abord d'une péritonite tuberculeuse généralisée, d'une granulie au cours de laquelle une éruption plus abondante de tubercules miliaires peut former une tumeur sur le péritoine périgastrique et péripylorique. Il est arrivé certainement qu'il y eut confluence de tubercules sur cette partie de la séreuse, mais il n'est pas prouvé du tout, en l'absence d'observations, que ces lésions puissent entraîner des troubles quelconques du côté de l'estomac et du pylore.

Il est encore plus vraisemblable que la compression du pylore puisse être causée par une péritonite tuberculeuse généralisée chronique dont les lésions anatomiques subissent les classiques évolutions du tubercule : stade ulcéro-caséux et stade fibreux.

Dans ces cas la localisation de ces lésions est-elle possible de produire soit par les lésions ulcéreuses entraînant du spasme pylorique, soit plutôt par les compressions fibreuses des troubles gastriques ? Théoriquement il n'y a aucun doute que le fait soit possible et l'on comprend très bien la production de brides et d'adhérences comprimant le pylore et causant uniquement par ces lésions mécaniques des troubles de sténose ; de même que des causes uniquement mécaniques peuvent produire des accidents d'occlusion intestinale.

Chez notre malade (obs. 73) nous croyons que ce mécanisme existait et l'observation de ce que l'on trouva à l'opération le montre nettement. C'est ce qui se voit également dans une observation de Ricard et Chevrier (obs. 77). Mais il est certain que dans ce dernier cas les lésions gastriques sous-jacentes étaient les premières en date et dominaient la scène. Nous verrons plus loin quelle importance cette question de pathogénie a à notre sens au point de vue thérapeutique. En fait, chez notre malade y avait-il des lésions gastriques ? Son histoire clinique plaidait nettement en faveur d'un début péritonéal. Au mois de février 1904 la jeune femme a une congestion pleuro-pulmonaire, et tout de suite après une longue histoire douloureuse dans le ventre. Et ce n'est qu'au mois de juillet que commence à se dessiner ce syndrome de sténose pylorique confondu en partie durant toute la maladie avec des symptômes spéciaux qui semblent bien provenir de la péritonite tuberculeuse. Même chronologiquement celle-ci semble être la première en date.

Les lésions anatomiques trouvées à l'opération permettaient en partie de continuer à trouver notre hypothèse satisfaisante.

En effet il y avait d'abord une grande quantité d'ascite qui nous étonna même par son abondance, étant donnée la facilité avec laquelle on la palpaît. Sous ce liquide l'épiploon était épaissi, recouvert de noyaux caractéristiques. Sous cet épiploon l'estomac était épaissi, recouvert de tubercules et ces caractères devenaient de plus en plus nets au fur et à mesure que l'on approchait du pylore qui formait une sorte d'anneau épais, mais nous y insistons, ne présentait pas la moindre trace d'ulcérations ni de fistules. De l'épiploon se détachait une bride fibreuse blanchâtre, large de 4 à 5 millimètres, qui comprimait, qui enserrait manifestement le pylore et allait se perdre sur l'épiploon gastro-hépatique. Cette bride fut réséquée à ses deux extrémités, l'examen histologique fut négatif. Mais il n'y a pas de doute que les lésions principales du ventre étaient dues à de la tuberculose.

Ainsi il n'y a pas à douter que la compression mécanique jouait un rôle dans la production de la sténose et qu'il paraissait logique qu'en sectionnant cette bride, la sténose dût disparaître. Cependant cette section fut pratiquée et après trois ou quatre jours la malade a continué à vomir.

Actuellement, deux mois après son opération, la malade vomit toujours. Il semble donc, comme du reste la palpation de l'estomac le montrait, qu'il y avait des lésions gastriques sous-jacentes qui jouent dans

la production du syndrome pylorique un rôle des plus importants. Et il n'est pas prouvé qu'il existe actuellement des lésions de périgastrite tuberculeuse capables de produire des troubles gastriques sérieux sans qu'il existe en même temps des lésions propres de la paroi de l'estomac.

C'est qu'en effet, dans toutes les observations publiées jusqu'ici on décrit à côté des lésions péritonéales et même souvent avant elles des lésions gastriques. Nous n'avons à insister sur ces lésions que pour en tirer les conclusions pathogéniques qu'elles comportent. La musculature est presque toujours épaissie ; dans le cas de Durante, par exemple « la tranche gris-roussâtre avait une épaisseur de 1 centimètre donnant au pylore et au duodénum l'aspect d'une banane. Ces lésions se poursuivent sur une grande partie de la paroi gastrique. Les ulcérations sont longuement décrites et les auteurs insistent sur leur irrégularité, leurs bords décollés et l'aspect térébrant, tous caractères qui contrastent avec ceux de l'ulcère rond.

Mais les lésions péritonéales, qu'elles soient primitives ou secondaires, n'en sont pas moins intéressantes à connaître. On ne peut guère décrire au niveau du pylore ces tumeurs fibreuses sur lesquelles nous avons parlé au cours de la deuxième partie de ce travail. Ce sont surtout des lésions ulcéro-caséuses que l'on trouve habituellement et qui sont en rapport avec la gravité de la lésion gastrique sous-jacente. Mais de plus les productions fibreuses sont presque constantes, entourant plus ou moins des clapiers purulents qui peu-

vent communiquer avec l'ulcération gastrique. Et si dans notre cas ces lésions fibreuses étaient prédominantes, nous voyons que dans l'observation de Ricard et Chevrier précitée « deux brides reliaient le foie à la petite courbure et à la face antérieure de l'estomac. L'une d'elles creusée en gouttière conduisait dans un tunnel en communication avec une ulcération gastrique sous-jacente.

Il peut se former aussi de véritables poches où parfois, s'il y a une vraie perforation de l'estomac, de gros abcès peuvent se former. Il s'ensuit rarement des péritonites généralisées, plus souvent des fistules, en particulier au niveau de l'ombilic comme cela arriva dans le cas de Gelpke (obs. 75).

Les lésions ganglionnaires sont fréquentes. Pour Ricard et Chevrier elles existent toujours parce qu'elles sont constamment secondaires aux ulcérations de la muqueuse plutôt qu'aux lésions péritonéales.

En résumé nous concluons que la tuberculose périgastrique est secondaire à une ulcération de la muqueuse gastrique dans tous les cas observés jusqu'ici et que nous ne pouvons savoir s'il existe des tuberculoses périgastriques primitives, c'est-à-dire des péritonites tuberculeuses ayant par la compression pylorique due aux brides fibreuses qui les constituent amené de la sténose. Nous verrons que l'existence de ces formes nous permettrait de concevoir un pronostic et des indications opératoires toutes différentes de ce que nous citerons dans les observations actuellement connues.

III

Étude clinique

Il est très difficile de tracer à l'heure actuelle une histoire clinique de la tuberculose périgastrique car le nombre des faits est vraiment trop restreint pour pouvoir affirmer quelque chose. Il faut noter de plus que dans la grande majorité des faits il n'y a que des constatations anatomiques ou des descriptions cliniques très sommaires et nous ne pourrions discuter que sur quatre ou cinq observations.

Dans les quinze cas que nous citons il s'agissait huit fois d'un homme et sept d'une femme. Donc rien à noter de ce côté et cela nous confirme simplement dans cette idée que la seule raison pour laquelle nous avons noté dans les formes localisées la fréquence des observations féminines est le plus grand nombre de péritonites tuberculeuses génitales chez la femme.

Il s'agissait dans tous les cas, sauf un, de sujets âgés de 15 et 45 ans et dans aucune observation l'âge de 47 ans (Hattute) n'est dépassé. Donc c'est surtout une

affection de l'âge adulte, comme du reste les autres formes de péritonite tuberculeuse localisée. Il y a là un tout petit point de diagnostic avec le cancer de l'estomac en particulier que l'on peut noter au passage.

Les antécédents des malades au point de vue héréditaire sont à peine signalés; la mère de notre malade avait une tumeur blanche du genou (?).

Dans les cas où les antécédents personnels sont notés on trouve le plus souvent des faits importants à signaler : au point de vue pleuro-pulmonaire on ne peut être sûr de la constance des lésions. Cependant dans toutes les autopsies pratiquées on a trouvé des tubercules dans les poumons. Au point de vue des lésions pleurales le malade d'Hattute avait quelques adhérences, deux fois un épanchement pleural est noté.

Le début de l'affection chez notre malade présente des caractères bien particuliers qu'il est intéressant de rapporter. Elle eut une congestion pulmonaire, puis de suite après débuta une affection abdominale sur laquelle elle ne donne que des renseignements fort vagues. Elle a eu, dit-elle, des douleurs très intenses et son état était si grave qu'elle ne se rappelle plus de ce qui s'est passé. C'est depuis lors qu'elle s'est sentie fatiguée au moindre effort et qu'elle a bientôt après ressenti des douleurs gastriques, puis qu'elle a vomi et qu'enfin toute la sténose s'est constituée. Si nous étions certains qu'elle eût eu des signes nets de péritonite tuberculeuse à ce moment, il serait jusqu'à un certain point légitime d'admettre que la maladie a débuté par la séreuse et que les accidents gastriques ne sont que postérieurs,

que même les lésions ne sont peut-être que consécutives quoique ceci reste toujours discutable.

Mais la malade n'a que trop peu de souvenirs pour pouvoir être affirmatif. Nous noterons que son médecin posa le diagnostic d'angiocholite ; elle n'eut pas d'ictère. Il faut encore noter que la malade au cours de son affection et un peu avant d'être opérée a fait une nouvelle pleurésie dans le service de M. Mathieu.

Mais ce qu'il y a de plus net chez elle comme chez toutes les malades observées c'est l'histoire gastrique. En réalité le début, si curieux chez elle, est chez les autres difficile à préciser, le plus souvent lent et insidieux. Le malade de Margarucci souffrait depuis quinze ans, celle de Mayo Robson depuis trois ans, le Dr B... de M. Ricard depuis deux ans, la femme dont ils rapportent l'histoire depuis dix ans, les malades de Godart-Danhieux depuis respectivement un an et quatre ans.

Les symptômes fonctionnels accusés par les malades sont multiples mais c'est surtout par des douleurs et des vomissements que l'affection se manifeste.

Le plus souvent ces douleurs sont peu accentuées : ce sont des signes de pesanteur ou de lourdeur après les repas. Quelquefois c'est une douleur très nette survenant en général deux à trois heures après les repas, parfois plutôt (obs. d'Hattute).

Dans notre cas les douleurs sont, au début, peu intenses ; c'est une pesanteur d'estomac, une gêne plutôt qu'une douleur, une sensation de tension qui apparaît une heure et demie après les repas, dure une demi-heure et disparaît d'elle-même. Tout cela est d'abord

léger, fugace, inconstant et ce n'est que plus tard que les douleurs deviennent plus violentes, apparaissent de deux à trois heures après le repas. Bientôt la douleur est presque constante, intolérable et suivie de vomissements. Tout cela est en somme incertain et si les douleurs tardives montrent bien qu'il devait y avoir quelque lésion gastrique, celles du début sont assez semblables aux douleurs gastriques notées dans les autres formes localisées de péritonite tuberculeuse.

La date du début des vomissements est aussi importante à noter : ils n'apparaissent qu'après que les douleurs sont constituées. Et ce vomissement, signe capital de la sténose, est constant dans les cas de tuberculose gastrique où l'on a trouvé des lésions du péritoine. Les caractères du vomissement sont mal précisés dans la plupart des observations. Seuls Ricard et Chevrier distinguent le vomissement de surcharge au début survenant quand un repas se superpose à l'autre et qui est resté dans l'estomac et survenant de vingt minutes à trois heures après ce nouveau repas. Les vomissements réactionnels surviennent ensuite et peuvent durer longtemps ; ils sont très fréquents et contiennent des aliments ingérés la veille. A la fin surviennent des vomissements par trop-plein, plus rares, qui ne se produisent que tous les trois ou quatre jours et sont très abondants.

Dans notre observation on ne note pas de vomissements de surcharge mais à part cela l'allure des vomissements semble bien cadrer avec la description de Ricard et Chevrier : dans une première période qui dure quel-

ques mois les vomissements apparaissent au moment où les douleurs sont les plus vives, deviennent très fréquents et se répètent de quatre à cinq fois par jour. Ils sont peu abondants.

Au contraire, au bout de quelques mois, les vomissements s'espacent, ne reviennent plus que tous les deux ou trois jours, mais ils se produisent en grande quantité, et la malade a reconnu plusieurs fois des aliments qu'elle avait pris plusieurs jours auparavant.

Les hématomèses ont été signalés dans certains cas (Hattute, Ricard et Chevrier, Margarucci) ; ils sont un signe de quasi-certitude en faveur de l'existence de l'ulcération gastrique. Nous n'en avons pas observé. Du reste c'est en somme une chose rare et, dans les cas où ces hématomèses existaient, elles affectaient le caractère de vomissements noirâtres, en marc de café.

Ce ne sont pas ces symptômes qui peuvent faire le diagnostic de la maladie. Mais, outre les antécédents, il semble que l'on trouve assez facilement dans ces cas des petits symptômes qui permettent de poser avec probabilité l'hypothèse de la cause de la sténose.

Ricard et Chevrier insistent sur les troubles intestinaux. Pour eux la nature tuberculeuse de la sténose est fort probable lorsqu'au lieu de la constipation opiniâtre que l'on trouve pour ainsi dire d'une façon constante chez les malades atteints de sténose cancéreuse ou ulcéreuse, on trouve de la diarrhée ou des alternatives de diarrhée et de constipation.

Nous avons, dans notre cas, vu que la malade qui était habituellement constipée eut, au mois de juin der-

nier et pendant l'été, une série de crises diarrhéiques. Et, si souvent on a pu expliquer ces faits par de la tuberculose intestinale concomitante il n'est pas certain qu'elle en soit la cause unique. En tous cas rappelons la fréquence de ce symptôme dans toutes les formes de péritonite tuberculeuse localisée.

De plus, certaines douleurs semblent très spéciales, en ce sens d'abord qu'elles surviennent par crises violentes, ensuite parce que leur siège est souvent ombilical, même franchement abdominal ou lombaire. Elles nous semblent devoir être liées aux lésions de péritonite tuberculeuse voisine.

Les signes physiques sont bien entendu d'une importance considérable car ils permettent surtout de reconnaître les lésions péritonéales à distance, dont la connaissance peut seule substituer, aux subtilités dont nous parlions, la certitude de symptômes précis.

Tout d'abord certains signes physiques traduisent la dilatation gastrique causée par la sténose du pylore.

La vue de l'estomac dilaté peut être difficile. Pour Ricard et Chevrier il faut attacher de l'importance à l'absence d'ondulation péristaltique. Nous ferons remarquer que le ventre est souvent ballonné dans son ensemble et qu'il peut être difficile de voir, de sentir et de percuter l'estomac dilaté. L'existence d'ascite surtout doit gêner l'exploration.

Malgré cela si elle n'est pas très abondante on doit arriver à délimiter la sonorité gastrique. Souvent du reste cette zone ne révélera comme dans notre cas qu'une sonorité moyenne. Et du côté droit la percus-

sion délimite une zone mate qui répond à la tumeur pylorique.

La palpation donne une sensation de clapotage qui peut être difficile à sentir pour les mêmes raisons, mais elle est surtout précieuse pour la délimitation de la tumeur pylorique elle-même.

Dans quelques cas seulement elle est notée Margarucci parle d'une tumeur profonde, très sensible à la pression, à surface inégale, très résistante, de limites indistinctes. Dans l'observation où Ricard et Chevrier ont trouvé des brides pyloriques on sentait « une sorte de blindage de toute la partie sus-ombilicale du ventre sans délimitation précise. »

Dans notre cas personnel on a « dans l'hypocondre droit et dans toute la région épigastrique une sensation de résistance superficielle un peu bosselée mais sans limites très nettes. » C'est un signe précieux et qui doit être à peu près constant : le pylore est une région trop superficielle pour qu'on ne puisse pas y sentir des lésions de péritonite tuberculeuse capables d'amener de la sténose pylorique.

La palpation de l'abdomen montrera enfin dans le reste de l'abdomen un peu d'ascite dans la grande majorité des cas. Nous n'avons pas besoin de dire toute l'importance de ce symptôme.

Ricard et Chevrier donnent enfin le conseil de rechercher les adénopathies multiples ; dans deux de leurs cas une volumineuse adénopathie ilio-inguinale existait qui pouvait mettre sur la voie du diagnostic.

Les recherches que l'on a coutume de faire mainte-

nant dans les maladies de l'estomac où elles donnent de si précieux résultats, ont rarement été faites. L'insufflation stomacale a donné à Ricard quelque résultat en montrant (ob. 78) que la tumeur était perceptible après insufflation, donc sur la face antérieure, et immobile, donc adhérente.

L'étude du chimisme gastrique pourrait avoir une importance diagnostique assez grande. Il n'a été que rarement fait. Dans notre cas M. Mathieu trouva le chimisme normal.

L'évolution de la tuberculose périgastrique semble être fatale de n'importe quelle façon. Tous les malades observés que l'on a suivi un peu longtemps sont morts après une amélioration plus ou moins passagère. Seule, notre malade opérée le 28 novembre vit encore ; la dernière fois que nous l'avons vue c'est-à-dire sept semaines après l'opération, elle était à peine améliorée. Et il est bien probable que le développement de son affection n'a point été arrêté (voy. obs. 73).

Mais il est des marches plus ou moins rapides : dans certains cas l'évolution est très lente et Margarucci cite un malade qui a vécu quinze ans. Le plus souvent la maladie évolue vers la mort en plusieurs années.

Il est au contraire une marche très rapide comme l'ont montré Ricard et Chevrier. La mort peut survenir en quelques mois.

Les malades peuvent mourir de tuberculose ; bien souvent ils meurent de faim ou sont emportés par quelques complications. L'une des plus fréquentes est la perforation gastrique se produisant sans doute plu-

tôt de dedans en dehors que de dehors en dedans. C'est dans ces cas que l'on peut avoir des foyers purulents localisés. Il se forme parfois de véritables fistules et nous avons déjà en parlant de l'évolution anatomique cité le fait de Gelpke (voy. ob. 74) qui eut à soigner un jeune homme dont une fistule consécutive à des ulcérations tuberculeuses de l'ombilic s'ouvrit à l'ombilic. Il rendait ainsi par l'ombilic ce qu'il absorbait, dit l'auteur, et il mourut de faim.

Enfin le malade peut mourir d'une hématomèse foudroyante : le D^r B... de Ricard (obs. 77) mourut brusquement « d'une hémorragie interne ».

Mais le plus souvent, répétons-le, les malades sont morts d'une cachexie mal déterminée due autant à la résorption des produits tuberculeux qu'à l'inanition résultant de la sténose.

Les interventions chirurgicales n'ont pas jusqu'ici modifié le pronostic et nous insisterons plus loin sur ce sujet. En tout cas il est permis d'espérer que l'avenir reformera ce pronostic, soit parce qu'il montrera l'existence de formes sans lésions gastriques, soit même parce qu'en permettant par de nouveaux faits de trouver des signes plus caractéristiques il permettra des interventions plus précoces.

IV

Le diagnostic.

Le diagnostic de tuberculose périgastrique dans les cas confirmés n'est pas à notre sens très difficile à poser. Il nous semble au moins aussi funeste que dans certaines des formes sous-ombilicales localisées où les causes d'erreur sont si multiples.

La première difficulté du diagnostic c'est l'extrême rareté des cas. Mais dès qu'on peut y penser on voit des signes souvent assez nets de la nature tuberculeuse de la sténose. Cependant les signes de la sténose n'ont rien de bien caractéristique. La douleur après les repas, les vomissements avec leurs diverses modalités, l'hématémèse, quand elle existe, ce sont là des signes classiques que cause toute sténose pylorique. Cependant notons la fréquence de l'existence de ces douleurs abdominales et périombilicales présentant le caractères de crises paroxystiques avec alternatives de rémission.

Notons ensuite la diarrhée qui est si différente de ce

que l'on observe habituellement. Plus peut-être que pour les autres formes localisées ce symptôme prend là une valeur considérable.

Les antécédents en présence des troubles fonctionnels spéciaux qui ont fait penser à la tuberculose doivent être recherchés avec soin. Si le fait que l'on a affaire à un tuberculeux est tout à fait insuffisant pour porter le diagnostic, car l'on sait, en particulier la fréquence de la tuberculose pulmonaire au cours de l'ulcère de l'estomac, c'est toujours un signe important.

L'on devra peut-être faire attention encore davantage aux lésions pleurales possibles : l'épanchement pleural qu'à présenté notre malade avant son passage en chirurgie, et qui retarda du reste ce passage, avait permis d'assurer encore le diagnostic de MM. Mathieu et Lejars. La présence de grosses adénopathies tuberculeuses a aussi de la valeur.

Mais ce qu'il y a de plus important est certainement de rechercher s'il y a d'autres signes de péritonite tuberculeuse : l'ascite qui est notée dans la plupart des cas doit être dépistée avec soin. Il faut la rechercher même si elle est en menue quantité par le toucher vaginal, la percussion et la palpation dans la position genu-pectorale.

S'il s'agissait d'une forme purement fibreuse ce symptôme capital manquerait, mais la palpation de la tumeur pylorique avec ses irrégularités, ses bosselures, celles d'autres gâteaux péritonéaux qui peuvent exister en d'autres endroits de l'abdomen, pourraient encore permettre de penser à la nature de la maladie.

Il nous paraît donc que le diagnostic n'est vraiment difficile que dans les cas de forme fibreuse vraiment localisée au péritoine périgastrique qui rentreraient dans les cas sur lesquels nous avons insisté plus haut. C'est alors qu'il faut essayer de faire donner toute leur valeur aux antécédents et aux symptômes fonctionnels que nous avons à plusieurs reprises décrits.

Le diagnostic différentiel nous retiendra peu de temps, sans doute il est très possible de penser à toutes les causes de la compression pylorique : calculs biliaires, cholécystites, tumeur du foie ou du pancréas. Si, souvent de nombreux symptômes concomitants permettent le diagnostic, il est des cas où celui-ci restera en suspens et où seule la laparotomie tranchera la question. Certaines formes de lithiase biliaire dont les accidents reviennent par crises, qui s'accompagnent de troubles intestinaux et surviennent chez des sujets jeunes devront être distingués avec soin ; on aura de plus tendance à faire le diagnostic de lithiase biliaire que ces formes sont de mieux en mieux connues et qu'on les rencontre avec une grande fréquence.

Mais en réalité en présence de syndrome de sténose pylorique coexistant avec une grosse tumeur de la région pylorique, on a surtout tendance à penser à une affection gastrique : il est bien certains que ces cas de linité plastique qui sont une cause rare de sténose pylorique pourront être facilement confondus tant par l'âge des sujets qui les présentent que par les signes physiques analogues à ceux de la tuberculose. De même on pourrait discuter le diagnostic des nombreuses tu-

meurs bénignes ou malignes rares de l'estomac, ou celui de syphilis, en général plutôt ulcéreuse que sténosante.

En fait il faut surtout distinguer la tuberculose périgastrique des périgastrites consécutives à l'ulcère gastrique et au cancer du pylore.

L'histoire de l'ulcère rond classique est très différente de celle de la tuberculose de l'estomac et les hématomés sont assez caractéristiques, soit la grande hématomèse rouge, soit plutôt ces petites hématomèses noirâtres et dont la répétition chez les femmes jeunes est si particulière. Il faut surtout se baser sur le caractère aigu des douleurs qui est bien différent de ce que nous avons vu plus haut. Malgré cela, et le chimisme gastrique, nous devons penser que le diagnostic est difficile quand il y a une véritable périgastrite sur un ulcère de l'estomac d'autant qu'il s'agit dans les deux cas de sujets jeunes, et qui peuvent présenter des symptômes de tuberculose pulmonaire. Même les douleurs en ceinture et les douleurs lombaires, que M. Mathieu a montré être caractéristiques des périgastrites ulcéreuses, peuvent se retrouver dans la tuberculose périgastrique. Dans quelques cas (Hattute, Ricard) le diagnostic d'ulcère fut fait.

Dans d'autres cas le diagnostic du cancer du pylore est, si le sujet est un peu âgé, celui qui se présente surtout à l'esprit. Un malade ayant beaucoup maigri, qui a des accidents de sténose pylorique prononcés et qui a une grosse tumeur même irrégulière et bosselée au niveau du pylore, semble à première vue être presque sûrement un cancéreux. L'erreur a été et sera encore

fatalement commise. Nous rappellerons tous les signes positifs de la tuberculose péripylorique : signes fonctionnels et signes physiques qui seront nécessaires pour faire le diagnostic. Nous mentionnerons en particulier la rareté de la diarrhée dans le cancer ; le sexe et surtout l'âge permettront parfois de penser plus facilement à la tuberculose.

V

Les indications thérapeutiques.

En présence d'un malade chez lequel on a nettement posé le diagnostic de sténose pylorique dont l'origine est une périgastrite tuberculeuse il n'y a pas d'autre chance de tirer le malade d'affaire que d'essayer le traitement chirurgical. Nous avons vu que, d'après les observations recueillies jusqu'ici, le pronostic était assez rapidement fatal et qu'aucun cas de guérison spontanée n'avait été observé.

Malheureusement les tentatives chirurgicales n'ont pas été couronnées de succès et, sauf notre malade, tous ceux sur lesquels nous avons des renseignements sont morts. Sans parler des cas de Kennedy Dalziel, sur les quatorze malades dont nous rapportons l'observation, quatre n'ont pas été opérés : ce sont les malades d'Hattute, Barbacci, Gelpke et Claribel Cone.

Dans le cas de Durante on ne nous donne aucun renseignement sur l'opération que l'on pratique et dans l'autre c'est à une seconde opération que l'on fit,

après une gastro-entérostomie, que l'on trouve la tuberculose périgastrique.

Mayo Robson a pratiqué une pyloroplastie chez une jeune enfant en fort piteux état et souffrante de péritonite tuberculeuse généralisée avec localisation au pylore. « Par l'incision du pylore, dit Mayo Robson, le doigt entrainait dans le duodénum et remontait un rétrécissement à un pouce au delà de la bague pylorique. Ce rétrécissement était le résultat d'une ulcération. Un dilateur de Weiss fut introduit pour agrandir la lumière qui fut assez dilatée pour que le pouce put facilement passer au travers. » L'enfant mourut dans le cours de la deuxième semaine. Mayo Robson avoue un peu plus loin qu'il aurait été préférable de faire la gastro-entérostomie et pense que le résultat aurait été tout différent.

En réalité les deux opérations qui nous semblent devoir être retenues à l'heure actuelle sont la gastro-entérostomie et la section des brides tuberculeuses après évacuation de l'ascite et exposition du foyer à l'air.

La première de ces deux opérations, en éliminant le cas de Durante, a été pratiquée cinq fois. Dans trois cas (Margarucci, deux cas de Godart-Danhieux) la mort est survenue dans la journée. Dans les deux autres cas, tous deux de Ricard, la mort est survenue une fois au bout de dix-huit mois après grande amélioration et suppression presque complète des vomissements, mais l'on ne vit pas de tubercules à l'opération, et l'autopsie seule montra une péritonite tuberculeuse rétro-pylorique, l'au-

tre mourut dans l'année sans que M. Ricard l'ait revue. Les suites opératoires avaient été excellentes et la malade était sortie très améliorée.

La deuxième opération a été pratiquée également deux fois : dans le premier cas qui est de M. Ricard il s'agissait d'un malade (obs. 77) chez lequel on avait posé le diagnostic d'ulcère gastrique en voie de transformation épithéliale. On trouva deux brides qui partant du foie aboutissaient à la petite courbure : nous les avons décrites plus haut et rappellerons que l'une d'elles conduisait à une petite perforation gastrique. Il faut dire de plus que ce malade avait une ulcération de la paroi antérieure de l'estomac qui près de la grande courbure était adhérente au grand droit et communiquait avec lui. Tout fut nettoyé, curetté et réuni. L'amélioration constatée fut de courte durée et plusieurs mois après le malade succomba à une perforation s'accompagnant de signes d'hémorragie interne.

Dans notre observation personnelle nous rappelons qu'une bride partait de l'épiploon pour, après avoir complètement enserré le pylore épaissi, se perdre sur l'épiploon gastro-hépatique. Cette bride fut sectionnée en haut et en bas et enlevée. Le pylore sembla revenir à son calibre normal, et un petit drain fut placé à ce niveau. On sait que la malade après avoir semblé mieux, a recommencé depuis à présenter des vomissements abondants. Nous avons été la voir récemment à son domicile, elle vomit toujours mais souffre moins et se sent mieux. Néanmoins elle est toujours faible et nous n'oserions pas lui prévoir une très longue survie.

Tels sont les faits. Ricard et Chevrier en concluent nettement qu'il faut préférer la gastro-entérostomie.

En effet tous ces troubles étant causés pour eux par une lésion gastrique, celle-ci continuera à évoluer si on ne fait rien contre elle. Seule la gastro-entérostomie peut améliorer la lésion initiale.

Peut-être si l'on est certain que d'avoir affaire à une ulcération tuberculeuse du pylore ayant entraîné de la péritonite locale la gastro-entérostomie offre-t-elle des avantages. Il est tout à fait sûr que c'est elle qui a le plus soulagé les malades. Mais elle n'a retardé en rien ou presque rien le dénouement fatal. On peut cependant trouver que la gastro-entérostomie est une opération des plus graves dans ces cas là et nous rappelons qu'il y a trois morts immédiates sur cinq opérés. Peut-être dans ces estomacs épaissis dans leur ensemble en général l'intervention est-elle plus délicate.

Il y a une autre objection à la gastro-entérostomie et c'est sans doute là qu'est le nœud de la question : nous avons dit au début de ce chapitre que nous croyons fort possible qu'une péritonite tuberculeuse puisse se manifester par des adhérences comprimant le pylore et causant des troubles de sténose pylorique sans lésion de la muqueuse sous-jacente.

Il paraît bien difficile, mais peut-être cependant possible *à priori* de savoir par les douleurs spéciales, l'hématémèse, etc., si cette ulcération existe. Lorsqu'on ne sait pas au moment de l'opération, comme par exemple chez notre malade, où le début pleuro-pulmonaire puis péritonéal, où les lésions constatées révèlent à l'opé-

ration une péritonite étendue, que faut-il faire ? Il y a lieu d'admettre comme très probable qu'une simple section des brides avec explorations du foyer pourrait amener la guérison, même définitive, du malade si notre hypothèse était réalisée. Ce serait une de ces formes fibreuses localisées que nous avons montré être curables dans le chapitre précédent. Si donc on se trouve dans le cas où l'on ne peut, le ventre ouvert, être certain de l'existence d'une ulcération gastrique, vaut-il mieux, ne s'attachant qu'à ce qu'on voit, essayer en courant le moins de risques possibles, tenter simplement de faire ce qui réussit si bien dans toutes les formes de tuberculose péritonéale et par une simple exposition à l'air et à la lumière du foyer avec section des brides sténosantes agir simplement contre la péritonite tuberculeuse localisée. Vaut-il mieux par la dangereuse opération de la gastro-entérostomie tenter contre une lésion douteuse une intervention qui tout en amenant la sédation des symptômes ne retardera sans doute que de bien peu l'évolution de la maladie ? Peut-être pourrait-on sortir de ce dilemme en faisant à la fois la gastro-entérostomie qui donnerait toujours une amélioration au malade et la section des brides qui lui donnera chance de guérir. On nous objectera que peut-être la péritonite gastrique primitive n'existe pas, que peut être toute tuberculose localisée a pour point de départ une ulcération gastrique, et que dans ces conditions il vaut mieux faire une bonne opération palliative et qui adoucira les souffrances du malade, qui peut-être même retardera le processus de la maladie, qu'une opération

comme la section des brides pyloriques, inutile puisqu'elle laisse évoluer la maladie.

Ceci est très possible mais vraiment il y a trop peu d'observations pour conclure, et nous sommes satisfaits d'avoir simplement montré comment on pouvait poser un problème si intéressant, et dont la solution ne pourra être donnée que par l'apport de nouveaux faits.

OBSERVATIONS

Premier groupe

LES PÉRITONITES TUBERCULEUSES LATENTES

A. — Les péritonites simulant l'occlusion intestinale.

OBSERVATION I

(Personnelle. Inédite).

Péritonite tuberculeuse latente avec accidents aigus d'occlusion intestinale dont le diagnostic étiologique est fait avant l'opération. Section de brides péritonéales. Guérison.

L... Marie, 31 ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Elle a eu un de ses frères mort jeune de tuberculose pulmonaire. Ses parents sont bien portants : le père vit encore à 76 ans et s'est toujours bien porté ; La mère est morte à 70 ans ; elle n'avait jamais été malade. Ses deux sœurs et leurs enfants ne toussent jamais.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A 14 ans elle a eu une coxalgie soignée pendant treize mois dans un hôpital de province. Elle en est sortie guérie avec la hanche en ankylose. On ne trouve trace chez elle d'aucune autre manifestation de tuberculose

infantile. Jeune fille elle n'a pas eu de chlorose ni de période menstruelle pénible. Réglée à 12 ans. Elle n'avait jamais toussé.

Cependant elle avait des troubles digestifs du reste assez vagues et un peu de constipation.

Mariée depuis treize ans elle n'a jamais eu ni enfants ni fausses couches. Elle se portait en somme bien, souffrant seulement de quelques troubles gastriques : douleur d'estomac, sensation de tension après le repas. Elle était très constipée puis au moment de ses règles elle avait en même temps de grandes débâcles diarrhéiques qui duraient cinq ou six jours. Dans les dernières années ces crises menstruelles étaient devenues assez douloureuses.

Le 23 mai 1906 elle fut prise d'une douleur pelvienne brusque, douleur qui irradiait dans les lombes et également du côté de l'ombilic. Elle entra à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Lejars; ses douleurs étaient très vives, elle n'avait pas de vomissements ni d'autres troubles péritonéaux. Elle n'accusait aucun autre trouble génital ni aucune autre douleur dans ses antécédents que les périodes menstruelles douloureuses. Néanmoins le toucher vaginal fit sentir deux très grosses masses: l'une à gauche comme un œuf de poule, l'autre à droite plus diffuse, empâtée et très douloureuse. L'état général n'était pas grave; néanmoins il y avait un peu de température s'élevant le soir jusqu'à 38°6, de la sensibilité du ventre surtout à gauche si bien que M. Lejars se contenta de la traiter par l'expectation. Bientôt sous l'influence du repos, d'injection de sérum artificiel les premiers jours et de la glace sur le ventre, ces phénomènes aigus cessèrent. Mais de temps en temps la malade faisait de petites élévations de température à 38°5, si bien que

l'on attendait un certain temps pour l'opérer. Après une dizaine de jours de période apyrétique, l'intervention fut décidée. On avait nettement posé le diagnostic de pyosalpinx double.

Intervention le 28 juin 1906 par M. le Dr Lejars.

Laparotomie. — On trouve une grosse masse salpingienne suppurée du côté gauche. Elle est adhérente et l'on a beaucoup de peine à la décortiquer. A droite trompe sinueuse grosse comme trois pouces fermés. Petit ovaire kystique. Extraction. Hystérectomie supra-vaginale en bloc. Suture de deux petites perforations de l'S iliaque au niveau de zones ulcérées et friables. Réunion avec drain.

L'examen histologique des deux pièces ne fut pas fait et tout le monde resta convaincu qu'il s'agissait d'un pyosalpinx.

Les suites opératoires furent très bonnes. Néanmoins la convalescence dura un peu plus longtemps que d'habitude et quand la malade sortit au bout d'un mois, il lui restait encore une petite fistule.

La malade passa la fin d'août et le mois de septembre à la campagne. A son retour à Paris elle reprend sa vie habituelle sans le moindre accroc, se portant très bien à tous les points de vue, sauf sa petite fistule toujours persistante, jusqu'au samedi 12 janvier. Depuis deux ou trois jours cependant elle se sentait mal à l'aise et malgré plusieurs lavements était restée très constipée. Dans la journée du samedi elle n'eut pas de selles ni de gaz. Le soir en faisant son dîner elle fut prise, aussi brusquement que l'autre fois, d'assez vives douleurs dont le maximum en barre horizontale passait par l'ombilic pour irradier de là dans tout l'abdomen. Elle fut prise en outre de coliques qu'eurent quelques instants, se calmaient et reviennent de plus en plus fréquentes.

De plus elle est prise de nausées violentes sans vomissements mais qui sont très pénibles.

Elle se couche, souffre toute la nuit et commence à vomir un peu. Elle vomit plusieurs fois en petites quantités d'ailleurs. Ce qu'elle rend d'ailleurs est un liquide très amer, verdâtre sans particules solides. La journée et la nuit du dimanche sont moins pénibles. Pourtant elle n'a toujours pas de selles et a à peine rendu quelques gaz.

Le lundi les coliques reparaissent plus violentes que jamais. Les vomissements reviennent dans la nuit et se répètent plusieurs fois. C'est un liquide toujours verdâtre mais sans matières fécales.

Le mardi matin 16 janvier elle est un peu pâle. La figure est légèrement crispée par la douleur qu'elle éprouve. Son pouls est à 130, température 38°. La langue est un peu sale et les lèvres sont humides.

Le ventre est un peu tendu, légèrement ballonné et très douloureux.

Elle n'a toujours ni selles ni gaz et a un vomissement porracé peu après son arrivée.

Malgré cela l'occlusion avait présenté des allures un peu bizarres. Mais ce qui attira surtout l'attention ce fut l'aspect très spécial de la cicatrice. Elle est bleuâtre, et une petite fistule s'ouvre à la partie inférieure de la plaie. Celle-ci à bords légèrement décollés laisse couler un peu de pus grumeleux, tout à fait caractéristique. Étant donné l'absence antérieure d'antécédents génitaux, l'aspect de la cicatrice si caractéristique, notre collègue Sénéchal pense qu'il s'est agi d'un pyosalpinx tuberculeux dans la première opération et porte le diagnostic d'occlu-

sion intestinale par péritonite tuberculeuse. M. le Dr Lejars confirme le diagnostic et décide l'intervention.

OPÉRATION LE 15 JANVIER. — A dix heures du matin.

Laparotomie. — De suite on trouve un péritoine tant pariétal que viscéral recouvert de granulations miliaires. Les anses intestinales grêles sont rouges et dilatées. Elles sont difficiles à maintenir sous les compresses. En se portant du côté du cæcum on le trouve très dilaté et une bride assez nette qui semble formée par l'appendice rempli de matière caséeuse étrangle l'origine du côlon ascendant. Mais au-dessus celui-ci reste dilaté et il faut rechercher plus haut la cause de l'obstacle. M. Lejars cherche l'S iliaque puis remontant de proche en proche déroule les côlons descendant et transverse. Cette partie de l'intestin est aplatie et vide. A l'angle sous-hépatique du côlon on tombe sur des brides fibreuses recouvertes de filaments rougeâtres qui compriment l'intestin en plusieurs endroits. De plus le côlon paraît un peu plus tordu sur lui-même. La section méthodique en deux ou trois places en avant et en arrière de ces adhérences permet de dégager l'angle colique et sous les yeux des opérateurs on voit les matières refluer nettement du colon ascendant vers le colon transverse.

Réunion sans incidents.

Les suites opératoires sont excellentes. Cependant la malade ne rend d'abord que quelques gaz, à la suite d'un lavement donné le troisième jour débâcle abondante. Le quatrième jour apparition d'un ictère assez intense qui coïncide avec une élévation de température à 38°5. Tout cela s'apaise rapidement ; le cinquième jour nouvelles selles qui depuis reviennent assez régulièrement avec des lavements. Plus de température. État général excellent.

Tel est son état le 29 janvier c'est-à-dire quatorze jours après l'opération.

L'ictère a disparu.

OBSERVATION II

Malade opérée pour une occlusion intestinale. Péritonite tuberculeuse avec occlusion paralytique. Mort. (Rapportée par M. LEJARS dans la Gazette des Hôpitaux. 1891, n° 142).

Une femme de 28 ans est apportée à l'hôpital de la Pitié dans la soirée du 29 septembre 1891. Il y a deux jours, sans cause, elle a été prise de violentes douleurs dans l'abdomen ; depuis lors les selles sont supprimées, le ventre s'est ballonné et les vomissements bilieux se répètent à de courts intervalles. La malade avait souffert à plusieurs reprises, de coliques hépatiques, et c'est à un accès du même genre qu'elle rapporta d'abord les accidents. Mais l'arrêt stercoral restait complet, aussi bien pour les matières que pour les gaz. Un médecin en ville avait eu recours aux lavements d'eau de Seltz sans aucun résultat. A son entrée à l'hôpital, la malade était déprimée, le facies grippé, mais la température restait à 37°4 et le pouls, petit, à 118 ; le ballonnement du ventre était très marqué, sans être énorme, et partout, sur toute la surface abdominale, la sonorité était conservée ; les vomissements, très abondants, étaient formés d'un liquide épais, brunâtre, sans odeur bien caractérisée. Un purgatif (25 grammes d'eau-de-vie allemande) est administré et vomi presque immédiatement. Pourtant l'urgence de l'intervention ne s'imposait pas, elle fut remise au lendemain.

Le lendemain la situation s'était aggravée, la température était

à 36°5, les vomissements présentaient le même caractère, toute selle, toute émission gazeuse restaient supprimées. Ajoutons que les antécédents de la malade ne fournissaient, à part ces fréquents accès de colique hépatique, que peu d'éléments au diagnostic : il faut rappeler pourtant que le mari de notre malade avait succombé quelques jours avant à la tuberculose pulmonaire.

Le 30 septembre, à onze heures du matin, je pratique la laparotomie médiane ; l'incision commence à trois travers de doigt au-dessus du pubis, et finit, après avoir contourné l'ombilic, à 4 ou 5 centimètres plus haut. Le ventre ouvert, il s'écoule une notable quantité d'un liquide jaunâtre, un peu louche, et l'on tombe sur un grand épiploon peu épaissi, mais parsemé sur toute son étendue de fines granulations jaunâtres qui ont toute l'apparence de granulations tuberculeuses. Au-dessous de lui, l'intestin est distendu, mais de surface lisse et polie ; la main, introduite dans la cavité abdominale, permet de constater que la dilatation porte aussi bien sur le gros intestin que sur le grêle, et les anses du grêle sont assez libres et assez mobiles pour qu'il soit aisé de reconnaître qu'il est également météorisé sur toute sa longueur. D'obstacle, de bride, d'adhérences, on n'en trouve nulle part. Force était de conclure à une simple paralysie intestinale, survenue au cours d'une péritonite tuberculeuse jusque-là latente ; du reste le semis granuleux se retrouvait sur le feuillet pariétal du péritoine, autant qu'il était possible de le suivre. Un lavage à l'eau boriquée tiède, puis la suture en étages de la paroi achevèrent l'opération.

Les suites de l'intervention furent d'abord peu satisfaisantes. les vomissements se répétèrent encore plusieurs fois ; mais le 2 octobre, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures, ils avaient totalement cessé ; une diarrhée abondante s'établit, et pendant

quatre jours ce fut une véritable débâcle, d'une extrême fétidité. Au premier pansement, le 4 octobre, la réunion était à peu près complète; l'amélioration générale était très marquée, et un pronostic heureux eût été très légitime, sans les accès d'oppression qui se répétaient chaque soir et provoquaient l'insomnie. La diarrhée continuait aussi, à part de courtes rémissions.

Au 15 octobre, on constatait une sorte d'ulcération de la cicatrice abdominale, ulcération blafarde, irrégulière, à bords frangés, qui s'élargissait de plus en plus. Les crises dyspnéiques revenaient presque tous les jours s'accompagnant de sueurs froides et d'un état d'abattement très accusé. La situation ne fit dès lors que s'aggraver, et la malade s'éteignait le 21 octobre.

A l'autopsie on trouva un emphysème généralisé des deux poumons mais sans tubercules, le cœur était surchargé de graisse. Le ventre, très distendu, contenait environ un demi-litre d'un liquide clair, ascitique. L'épiploon, farci de petites masses caséeuses, adhérait à la cicatrice abdominale; le péritoine était parsemé de tubercules, et, sur son feuillet pariétal, et au niveau des grands organes tels que le foie, la rate, l'utérus. Nombreux calculs dans la vésicule biliaire, foie un peu gros et qui paraît en dégénérescence graisseuse.

OBSERVATION III

*Péritonite tuberculeuse aiguë à forme d'occlusion intestinale.
Laparotomie. Guérison.*

(Communication de M. LEJARS à la Société de Chirurgie
et Th. Guillemare, 1898.)

Il s'agit d'un ancien commis des postes de 35 ans qui entre le 19 janvier 1898, à l'hôpital Beaujon pour des douleurs abdominales.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Normaux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Ce malade ressent quelques douleurs dans le ventre depuis 1892. Alternatives de diarrhée et de constipation. Les douleurs durent peu longtemps.

En 1893 moins fréquentes. Crises au milieu de l'année calmées par un purgatif et des applications de cataplasmes laudanisés. Par la suite les douleurs disparaissent complètement.

Le 15 janvier 1898 le malade est pris d'une douleur ombilicale assez violente forçant le malade à garder le lit et à faire appeler le médecin. Cataplasmes laudanisés. Le lendemain douleurs plus violentes qui s'aggravent à un tel point qu'il se décide le 19 à entrer à Beaujon.

M. Lejars est appelé le jour même pour examiner le malade. La face était pâle, anxieuse, un peu grippée. Le poulx fréquent et assez petit, la langue très pâle d'un blanc jaunâtre. Il y avait eu la veille et dans la nuit quelques vomissements sans caractères. Pas de selles depuis quelques jours mais quelques émissions gazeuses. Le ventre était gros, surtout distendu dans la région sus-ombilicale d'une consistance uniformément pâteuse sans induration, sans relief en aucun point ; la palpation était peu douloureuse sauf dans le flanc et la fosse iliaque droite et encore n'était-ce là qu'une sensation diffuse, sans localisation et que la pression seule réveille.

Malade très vigoureux. Dans ses antécédents (que sa torpeur étrange rendait difficile à élucider) on notait l'existence d'une seule crise analogue et qui avait cédé spontanément.

Quelques éléments manquent au diagnostic d'occlusion intestinale : vomissements seulement bilieux, quelques gaz rendus par l'anus au moins la veille. La consistance du ventre cadrerait mal avec le diagnostic d'iléus,

D'autre part la brusquerie de la crise, le peu d'antécédents cadraient mal avec la tuberculose.

Expectation, vessie de glace, on donne un lavement électrique qui ne donne aucun résultat.

Le 20, état stationnaire : les vomissements restent rares, le ventre n'est pas plus tendu. Un deuxième lavement électrique sans résultat.

Mais dans la nuit la situation se modifie.

Le 21 il a vomi une pleine cuvette de liquide fécaloïde que M. Lejars montre à ses élèves comme caractéristique. Le facies est grippé, le pouls petit. Le ventre est fort distendu surtout dans sa partie supérieure.

Laparotomie une demi-heure après. Incision sus-ombilicale. Le péritoine ouvert, un peu de liquide clair, séreux ; on tombe sur un épiploon épais, très grasseux et que le premier examen montre parsemé de granulations jaunâtres, arrondies, dures, grosses comme des grains de millet et présentant l'apparence de granulations tuberculeuses ; en relevant et en tirant au dehors le reste de l'épiploon, il fut aisé de constater que ce semis granuleux se continuait dans toute son étendue et au-dessous l'intestin apparut recouvert de minces granulations.

L'exploration de la cavité abdominale ne nous fit découvrir aucune bride, aucune zone d'adhérences, aucun segment aplati de l'intestin ; l'S iliaque était distendue tout aussi bien que la première portion de l'intestin grêle ; nulle part de coudure. Partout la surface intestinale était rouge, vascularisée mais lisse et polie, sans fausses membranes.

Le ventre est refermé purement et simplement.

L'opération a duré vingt minutes.

Dans la soirée, il allait spontanément à la selle et une garde-

robe copieuse témoignait de la cessation brusque de l'occlusion paralytique.

Dès lors les vomissements ne reparurent pas. Et l'état général s'améliora très vite. Pas de fièvre, bon pouls. Le malade s'alimente.

La plaie abdominale se referme sans incidents.

Toutefois le malade restait pâle et ne reprenait que lentement ses forces. Il ressentait de temps en temps quelques douleurs, il avait notablement maigri quand il quitta le service le 1^{er} mars.

Revu depuis on a constaté de grandes modifications. L'appétit est devenu excellent, les fonctions intestinales sont régulières. Le ventre est à peine sensible en quelques points.

OBSERVATION IV

Péritonite tuberculeuse avec occlusion par conduit de l'intestin sur une bride péritonéale. Laparotomie. Cessation des accidents. Mort.

(M. LEJARS. *Gaz. des Hôpitaux*, 1891, p. 1305.)

Il s'agit d'un maçon de 34 ans, entré à la Pitié, dans le service de M. le professeur Le Fort, le 21 juillet 1890, pour une coxalgie gauche. C'est un homme d'aspect souffreteux, amaigri et pâle : il présente, surtout à droite et en arrière, des signes indéniables de tuberculose pulmonaire. On le traite par l'extension continue. Soudain, le 24 octobre, il est pris de douleurs vives dans la région épigastrique, qui irradient dans tout le côté gauche de l'abdomen : le ventre n'est pas ballonné, il est plutôt aplati et déprimé ; seule la région stomacale bombe légèrement, et, à la percussion, donne un son tympanique, qu'on retrouve

en bas jusqu'à l'ombilic et qui remonte jusqu'au-dessous du mamelon gauche.

Pendant la journée survient un vomissement bilieux très abondant : dans les matières vomies, on constate la présence d'un ascaride de grande dimension.

Le lendemain, les vomissements se répètent ; ils sont brunâtres, ils ont une apparence fécaloïde, sans présenter pourtant l'odeur caractéristique. Pas de selles depuis trente-six heures. Le 26 et le 27 les vomissements continuent, à intervalles assez longs ; les selles manquent toujours, mais la température reste normale ou ne s'abaisse que très peu.

Le 28 octobre. — Les matières vomies, très abondantes, conservent les mêmes caractères ; elles sont bilieuses, d'un brun verdâtre, sans odeur. Pas de selles, pas d'émission gazeuse. Le ventre est creusé en bateau et n'est que très peu douloureux : la région épigastrique reste seule bombée et tympanique. Un purgatif est administré et vomi quelques heures après. Très peu d'urine ; abaissement thermique.

Malgré l'absence de vomissements fécaloïdes et de météorisme, il fallait bien conclure à l'étranglement interne ; l'arrêt stercoral complet depuis cinq jours en était une preuve suffisante. Dans la soirée je pratique la laparotomie. L'état général ne laissait pas que d'être fort grave ; la température était à 36°2, la voix cassée, le facies abdominal.

Le ventre restait déprimé et presque indolent, sauf à la région épigastrique.

Incision médiane de quinze centimètres environ, qui contourne l'ombilic à gauche et remonte jusqu'à trois ou quatre centimètres au-dessus de lui. La face interne du péritoine pariétal est semée de fines granulations confluentes ; le même semis granu-

leux se retrouve à la surface des anses intestinales et lui donne une apparence irrégulière et râpeuse.

Les intestins, le gros et le grêle, sont flasques et aplatis. Main, introduite dans l'abdomen, ne découvre nulle part de tumeur ; dans l'angle inférieur de la plaie, je sens une bride, médiane et verticale, qui relie le mésentère à la paroi, en figurant une sorte de cloison, elle se laisse déchirer sans peine et ne joue aucun rôle dans l'étranglement. Ce n'est qu'à la partie toute supérieure de l'abdomen, qu'en suivant l'intestin rétracté, je constate ce qui suit : à peu de distance du duodénum, l'intestin est coudé à angle très aigu par une bride qui le fixe et le suspend ; au-delà il s'élargit et se dilate en ampoule ; le contraste est frappant entre les deux segments que divise la bride. Cette bride, assez étroite (elle n'avait guère que 3 ou 4 millimètres de large), verticale, était située un peu à gauche de la ligne médiane, elle semblait se détacher du feuillet postérieur du péritoine, et, en bas, s'épanouissait à la surface de l'intestin ; elle ne le croisait pas, ne l'étranglait pas, elle le coudait. La coudure était double, la première, à angle très aigu, correspondait à l'attache de la bride : c'était une plicature véritable et là siégeait l'occlusion ; l'autre inflexion était secondaire, elle relevait de la distension de l'intestin au-devant de l'obstacle.

Le lien fibreux était peu solide : sous une faible traction du doigt il se rompit, et séance tenante, nous pûmes assister à l'irruption des gaz dans le bout inférieur ; l'intestin affaissé se souleva et le gonflement courut d'anse en anse avec une très grande rapidité. Je m'occupai alors de refermer le ventre, ce qui fut loin d'être aisé, à cause des vomissements.

L'opéré reprit ses sens, la température remonta. Les vomissements avaient cessé, le lendemain, il y eut une selle.

Mais la prostration s'accusa de nouveau, les urines se supprimèrent totalement, l'hypothermie survint, et, au bout de quarante-huit heures le malade s'éteignit. A l'autopsie, on ne trouva, dans l'abdomen, aucune trace d'inflammation aiguë, il n'y avait pas de pus, pas de liquide épanché ; les anses intestinales avaient une surface brillante, à part le semis granuleux signalé plus haut, et n'étaient reliées que loin en loin par des adhérences filamenteuses, le feuillet pariétal était littéralement recouvert de granulations miliaires.

Tuberculose pulmonaire au deuxième degré, reins amyloïdes, profondément dégénérés.

OBSERVATION V

Péritonite tuberculeuse avec accidents d'occlusion causés par une agglutination des anses intestinales. Anus contre nature. Guérison.

(POPPERT. — Münchener medicinische Wochenschrift, 1892, (n° 34. Traduction Inédite.)

Anna L..., 11 ans.

Soignée en 1890 pour une pleurésie avec épanchement. La malade plus jeune a toujours été bien portante. Son père un an auparavant est mort de tuberculose. Elle a eu il y a quelques mois la diphtérie. Depuis ce temps elle n'est plus comme par le passé. Souvent elle a des douleurs légères dans le corps plus ou moins fortes mais son ventre n'a pas enflé et la malade avait toujours son appétit et se considérait comme bien portante.

La maladie actuelle commence tout à coup le 11 septembre 1891 par de violentes douleurs avec de courtes rémissions ; il s'ensuit

tantôt des nausées qui firent place le soir à des vomissements. Cela se répète pendant la nuit suivante à chaque absorption de nourriture ; les selles et les fèces disparaissent

Le 22 au soir on amène le malade à la clinique. On constate une occlusion qui était prouvée par les vomissements et le contenu de l'estomac qui fut retiré de couleur jaune brunâtre était d'apparence fécaloïde. Les lavements restèrent sans effet et ne furent suivis d'aucune selle. La sonde introduite profondément dans le rectum on ne ramène rien. Aucun sang ni pus. Pas de fièvre. Pouls : 120-140.

Malgré une dose d'opium abondante et de nombreux lavages de l'estomac, l'état s'aggrave et les forces diminuent rapidement. On se résolut le soir suivant (14 septembre) à la faire passer à la section chirurgicale.

L'état constaté alors est le suivant : Jeune fille un peu frêle. La malade est abattue, affaiblie, très agitée. Le visage est pâle, le pouls petit est fréquent à 150. Le ventre est gonflé ; à la palpation on trouve à la hauteur de l'ombilic une résistance large de trois travers de doigt, plus sensible que dans le reste de l'abdomen, qui paraît être indépendant de la paroi abdominale.

Cette résistance ne peut pas se déplacer et ressemble tout à fait à une anse intestinale distendue. A la percussion à ce niveau matité appréciable ; dans le reste de l'abdomen tympanisme. De temps en temps quelques mouvements péristaltiques à travers la paroi abdominale.

Aussitôt après son entrée laparotomie médiane entre l'ombilic et la symphyse. Après l'ouverture large de la cavité péritonéale on s'aperçoit que la résistance mentionnée plus haut était produite par l'épiploon agglutiné et enflammé qui présente un épais bourrelet adhérent à la paroi abdominale se continuant

à droite jusque sous le foie sous forme d'une bride épaisse.

Dessous on voit les anses intestinales gonflées et injectées et en allant sur le côté pour chercher l'obstacle on s'aperçoit que les anses sont collées les unes aux autres et forment avec la paroi abdominale une masse indistincte. Par endroit toute cette masse s'étale en larges plaques, par d'autres on voit des brides étroites.

Tout le péritoine, l'intestin et le mésentère sont recouverts de tubercules assez gros avec des exsudats épais qui les recouvrent. Avec la main on peut aller du côté du cæcum où il y a également des anses intestinales accolées. L'on sent dans le mésentère de gros ganglions lymphatiques.

On peut donc admettre que ce sont ces adhérences et ces agglutinations qui sont la cause de l'occlusion. Il paraît impossible de les dégager davantage et je me résous à faire un anus contre nature. Réunion.

Aussitôt après l'ouverture, sortie d'une grande quantité, presque un litre de matières. Le poulx à la fin de l'opération est à peine perceptible. La malade après le réveil est très agitée et très fatiguée mais dès le lendemain matin l'état est beaucoup meilleur. Pendant la nuit beaucoup de matières avaient coulé.

Le 15 septembre l'aspect est meilleur, le poulx plus fort. Pas de fièvre (36°9). Le ventre est diminué, peu sensible à la pression ; de temps en temps elle se plaint un peu. Elle a vomi encore une fois.

Depuis elle n'a plus présenté de température élevée.

Cinq jours après survient la première selle par le rectum. L'enfant se sentait mieux, avait bon appétit et reprenait de la mine. Le 21 le drain fut enlevé. Les selles suivantes revinrent régu-

lièrement une fois par jour par le rectum. Il sortit encore de temps en temps par l'anús un peu de matières.

Le 3 novembre je fermai l'anús. Le 12, celui-ci fut tout à fait cicatrisé et la malade pouvait se lever.

Elle eut encore quelques troubles urinaires et l'urine sédimenteuse ne contenait pas de bacilles. Mais tout cela disparut rapidement.

Le 6 décembre la malade partit en très bon état.

Revue, on lui trouve encore l'épiploon formant une corde en haut. Le reste du ventre est libre. Il n'y a pas de tuberculose dans le poumon. Les selles sont régulières.

L'enfant n'a plus eu, la dernière fois qu'on l'a vue (1892), que quelques troubles urinaires. La santé générale est parfaite. L'examen histologique fut positif. Une parcelle de la substance mise dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin provoqua une tuberculose oculaire typique.

OBSERVATION VI

Péritonite tuberculeuse avec accidents d'occlusion intestinale sans cause mécanique reconnue. Laparotomie. Guérison.

(KNAGGS, in article POPPERT. Traduction inédite).

Il s'agit d'une malade de 44 ans, atteinte depuis trois mois d'occlusion chronique ; elle avait souvent des vomissements et des crises d'obstruction. La malade était extrêmement faible quand elle fut opérée.

La laparotomie montra une grande quantité de ganglions mésentériques enflammés qui étaient remplis d'un grand nombre de tubercules.

L'état de la malade s'améliore contre toute attente, étant donné son état. Elle eut un vomissement au bout de vingt-quatre heures et la fonction intestinale se trouva rétablie.

Dix mois après la malade présentait un excellent état de santé. Son poids avait augmenté et elle était en état de vaquer aux soins de la maison. De temps en temps quelques troubles gastriques.

OBSERVATION VII

Péritonite tuberculeuse avec occlusion intestinale par agglutination. Laparotomie. Mort.

(KNAGGS, in POPPERT. Traduction inédite).

Il s'agissait d'un enfant qui avait depuis quelques mois une tumeur appréciable dans la partie inférieure du corps. L'enfant souffrait de diarrhée et maigrissait beaucoup. A la laparotomie on trouve une tumeur diffuse. Dans la profondeur on trouve un magma qui est constitué par des agglutinations d'anses intestinales entre elles. Lésions péritonéales partout.

Les adhérences entre les anses furent détruites, l'intestin déchiré et les matières fécales se répandirent dans le ventre.

Mort au bout de cinq jours. A l'autopsie on trouve de nombreuses lésions péritonéales et aussi des ulcérations de l'intestin.

OBSERVATION VIII

Péritonite tuberculeuse avec agglutination des anses causant de l'occlusion. Laparotomie. Mort.

(KÖNIG, in POPPERT. Traduction inédite.)

Il s'agit d'un jeune garçon de 9 ans, très affaibli, qui neuf mois auparavant avait souffert de diarrhée et de perte d'appétit.

Depuis quatorze jours on trouve une constipation très marquée et des vomissements fécaloïdes. A la laparotomie on trouve des tubercules caséeux de la grosseur d'une cerise. Les anses intestinales étaient agglutinées. On essaie de rompre une partie des adhérences et l'intestin fut déchiré. Le malade mourut le lendemain.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION IX

Péritonite tuberculeuse simulant l'occlusion intestinale.

Diagnostic fait. Mort sans opération.

(LIOUVILLE. *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1876.)

Malade atteinte d'une péritonite tuberculeuse ayant débuté par les seuls signes d'une obstruction intestinale. La stase des matières était si complète qu'elle paraissait devoir nécessiter par sa ténacité et son intensité une intervention chirurgicale.

Après quatre jours le cours des matières s'était rétabli, les vomissements presque fécaloïdes disparurent, la température se releva un peu. Quinze jours après nouvelle obstruction. M. Liouville croit devoir attendre, « ayant eu l'occasion d'observer un cas de ce genre dans lequel il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse à laquelle l'opération avait donné comme un réveil d'acuité ». Ici en effet les accidents d'étranglement interne disparurent sous l'influence du traitement médical mais pour faire place de nouveau à des manifestations péritonéales. La malade succomba trois mois après.

A l'autopsie la cavité abdominale présentait toutes les lésions, et à leur maximum, de la péritonite chronique tuberculeuse,

avec le gâteau intestinal, les néo-membranes jaunâtres, le liquide puriforme, les agglutinations des anses intestinales entre elles et avec les viscères. Enfin il existait des brides, quelques-unes se rompant facilement, d'autres très solides au contraire et capables d'étrangler une anse d'intestin. Le microscope révélait l'existence de granulations tuberculeuses dans le péritoine et la plèvre mais avec une prédominance pour la plèvre.

OBSERVATION X

Péritonite subaiguë tuberculeuse ayant débuté par les seuls signes d'une obstruction intestinale. Mort après trois mois sans lésions pulmonaires.

(Obs. XIV de la *Thèse de LEDUC*, 1881.)

Homme de 25 ans chez lequel les premiers symptômes apparents ont été ceux d'une obstruction intestinale, paraissant devoir nécessiter par sa ténacité et son intensité une intervention chirurgicale.

Après quatre jours le cours des matières s'est rétabli. Les vomissements constants, presque fécaloïdes, disparurent ; la température se releva un peu, et tout parut rentrer dans l'état normal quand survinrent des manifestations péritonéales. Quinze jours après, une nouvelle obstruction intestinale sembla devoir faire redouter encore la nécessité d'une opération.

Les accidents d'étranglement interne disparaissent sous l'influence du traitement médical mais pour faire place de nouveau à des manifestations péritonéales.

On porte alors le diagnostic de péritonite tuberculeuse quoique les deux poumons parussent indemnes. La marche de la maladie ne fit que confirmer ce diagnostic.

Mort trois mois après.

A l'autopsie aucune lésion pulmonaire. Lésions manifestes de péritonite tuberculeuse avec agglutination des anses intestinales entre elles.

Les rapports des différents organes étaient modifiés. Enfin ce qui était particulièrement remarquable, c'était l'existence de brides ; quelques-unes se rompant facilement, d'autres très solides, au contraire et capables d'étrangler une anse d'intestin en partie ou en totalité ; mais il n'y avait nulle part trace d'étranglement ou de rétrécissement du calibre de l'intestin.

OBSERVATION XI

Malade mort avec le diagnostic d'obstruction intestinale.

A l'autopsie péritonite tuberculeuse.

(J. COATS, *Glasgow Med. Journal*, 1887, cité par Elmassian, Th., 1890.)

Jeune homme de 20 ans, entré à l'hôpital avec tous les signes de l'obstruction intestinale. Vomissements fécaloïdes, douleurs abdominales, constipation. Il meurt le lendemain de l'entrée.

AUTOPSIE. — La surface du péritoine et de l'intestin est parsemée de petites tumeurs crétacées du volume d'un pois ; il y a de nombreuses adhérences. L'une d'elles, sous forme d'une bande étroite de 18 pouces de long, réunit deux anses de l'intestin grêle. L'intestin est enroulé sur cette bande ; la paroi infiltrée de sang est envahie par la gangrène. Il y a en plus de la péritonite récente. Le sommet du poumon gauche contient une masse crétacée ancienne.

OBSERVATION XII

Péritonite tuberculeuse simulant l'occlusion intestinale.

Section d'une bride. Guérison.

(KUMMEL. *Arch. klin. chir. für Chirurgie*, 1888.)

Jeune homme de vingt ans entré à « Marienkrankenhaus » pendant l'automne de 1885 pour une carie du bassin : il est opéré et guéri. Quelques semaines plus tard, il est subitement pris des accidents de l'occlusion intestinale. Les phénomènes ne s'amendent pas, malgré la thérapeutique qui est instituée ; on se décide au bout de deux jours à faire la laparotomie. L'occlusion est due à une bride fortement tendue et fixée dans la région inguinale droite ; on la sectionne et l'on referme le ventre. Le malade guérit. On avait constaté, au cours de l'opération, que toute la cavité péritonéale était parsemée de nombreuses granulations tuberculeuses miliaires, malgré cela l'opéré se remit rapidement, son poids s'accrut en quelques semaines de 17 livres, et tout phénomène douloureux disparut. Quatre mois plus tard, le malade revint de nouveau à l'hôpital, pour une carie du pied accompagnée de tuberculose pulmonaire : il y mourut quelques semaines plus tard de tuberculose généralisée.

OBSERVATION XIII

Péritonite tuberculeuse avec symptômes d'occlusion intestinale causée par une agglutination en paquet.

(PONCET. *Pic Thèse de Lyon*, 1890.)

Jeune fille de onze ans entrée le 18 novembre 1890 dans le service de M. le professeur Poncet. Elle dit n'être malade que

depuis quinze jours; cependant des renseignements ultérieurs permettent d'affirmer que son affection actuelle a débuté il y a au moins deux ou trois mois. Mais il n'y a que quinze jours que se sont manifestés des symptômes d'occlusion intestinale d'abord incomplète puis complète.

Actuellement la malade dit ne pas être allée à la selle depuis plusieurs jours; elle souffre beaucoup du ventre, a quelquefois des vomissements et de fréquentes nausées. Son ventre est très ballonné, douloureux à la pression. La vessie est distendue, après l'avoir vidée, à l'aide d'un cathétérisme, on constate à la palpation la présence d'une induration paraissant constituée par des ganglions et s'étendant depuis la fosse iliaque droite jusque sous le foie. Facies abdominal; extrémités froides; pouls filiforme.

Séance tenante la malade est transportée à la salle d'opération. Laparotomie latérale, au niveau de la tuméfaction iliaque. On tombe sur les masses senties à la palpation, et qui paraissent être des ganglions caséeux, tous les intestins sont adhérents entre eux et à ces masses; ils sont recouverts d'un semis d'innombrables granulations tuberculeuses. Liquide ascitique clair, en petite quantité. On ne peut trouver la cause de l'obstacle et en raison de l'état général grave de l'enfant on n'essaie pas de pratiquer un anus contre nature.

La malade est en effet à l'agonie; elle succombe peu après.

AUTOPSIE. — Les masses senties à la palpation et constatées par la laparotomie, sont constituées par d'énormes ganglions mésentériques caséeux, trois sont situés au niveau de la fosse iliaque droite; un d'eux a le volume d'un œuf, les autres celui d'une noix. Adhérences de toutes les anses intestinales entre elles et à la paroi abdominale. En voulant les dégager on pro-

duit de nombreuses perforations; il faudrait les sculpter dans le tissu qui les environne, pour les isoler. Ces adhérences sont en dégénérescence caséuse. Les masses intestinales, avec les brides qui les enserrant entre elles et les unissent aux ganglions, forment un magma impossible à différencier, c'est probablement ce fait qui explique l'occlusion intestinale.

OBSERVATION XIV

Péritonite tuberculeuse. Occlusion intestinale par brides.

(D'après POPPERT. Traduction inédite.)

Dans la statistique de Schram (*Archiv. für Klinische Chirurgie*) sur la laparotomie se trouve un cas opéré de Loreta pour une occlusion intestinale qui durait depuis cinq jours. L'on trouve une péritonite tuberculeuse avec brides. L'opéré mourut au bout de cinq heures.

OBSERVATION XV

Péritonite tuberculeuse simulant l'occlusion intestinale.

Laparotomie. Guérison des symptômes. Mort.

(Communication de M. QUÉNU à la Société de Chirurgie.)

Il s'agissait d'une dame d'une trentaine d'années, que j'avais opérée au mois de juillet 1895, pour une salpingite. Cette opération avait été extrêmement laborieuse et avait nécessité une double attaque par la voie abdomino-vaginale : il s'agissait de lésions anciennes déjà sèches, non suppurées, extrêmement adhérentes, les trompes et les ovaires étaient perdus dans un magma d'adhérences ; les parois tubaires étaient très épais-

sies, comme fibroïdes, rien n'autorisait à supposer la nature tuberculeuse de ces lésions.

L'opération fut suivie de guérison, mais, vers la fin de septembre, je fus appelé par dépêche auprès de la malade pour des accidents d'occlusion intestinale, accidents très menaçants : absence de gaz par l'anus depuis quatre jours, vomissements bilieux et fécaloïdes, pas d'élévation de température, le tableau était complet. Je pensai à des adhérences intestinales au niveau d'une cicatrice intérieure et je pratiquai une incision iliaque qui pût à la fois me servir à l'exploration digitale et à l'établissement d'un anus contre nature.

Le péritoine ouvert, il s'écoula une assez grande quantité de liquide ; le doigt introduit dans l'abdomen, je constatai que toute la séreuse était recouverte de granulations de différents volumes et manifestement tuberculeuses. Je refermai complètement le ventre, et bornai là mon intervention.

Tous les accidents d'obstruction disparurent immédiatement ; la malade succomba ultérieurement aux progrès de sa péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION XVI

Péritonite tuberculeuse simulant une occlusion intestinale.

(Communicat. de M. BROCA à la Soc. de Chirurgie, 1897.)

Il s'agit d'un garçon de 11 ans et demi opéré le 26 septembre 1894 à l'hôpital Trousseau au cinquième jour d'une occlusion aiguë, bride étranglant une anse grêle, semis de granulations tuberculeuses sur le péritoine d'ailleurs absolument sec et non congestionné.

Guérison.

OBSERVATION XVII

Péritonite tuberculeuse prise pour une tumeur avec occlusion intestinale.

(M. BOUSQUET, Soc. de Chirurg., 1898.)

« Je croyais à une obstruction ou à une tumeur de l'abdomen, j'ouvris et je trouvai un péritoine granuleux et tous les signes d'une péritonite tuberculeuse, je refermai le ventre il y a trois ans de cela et la femme continue à se bien porter. »

B. — Les péritonites tuberculeuses simulant l'appendicite.

OBSERVATION XVIII

Péritonite tuberculeuse avec tous les caractères d'une appendicite aiguë.

(Communicat. de M. LEJARS à la Soc. de Chirurgie. Thèse Guillemare, 1898.)

Il s'agissait d'une femme de 40 ans, journalière qui était entrée en mars 1896, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dalché, pour des accidents péritonéaux graves, qui paraissaient d'origine appendiculaire.

Le 27 mars, notre collègue voulait bien nous la montrer. Très pâle, les traits tirés, elle se présentait alors sous un aspect général des plus inquiétants. L'affection avait débuté brusquement, quatre ou cinq jours auparavant, par des douleurs et des vomissements, et il était impossible de rien retrouver de notable dans l'histoire antérieure de la malade, au moins telle qu'elle

a racontait. Les vomissements avaient continué : ils étaient fréquents, verdâtres, sinon nettement porraés ; la constipation était opiniâtre, sans qu'il y eût d'arrêt stercoral proprement dit ; de fait les émissions gazeuses persistaient et les lavements ramenaient quelques matières durcies.

Quand je vis la malade, elle paraissait en pleine péritonite ; le ventre était très ballonné, douloureux sur toute sa surface, mais surtout dans la fosse iliaque droite, où la palpation, que cette douleur rendait, du reste, fort malaisée, décelait une sorte de masse profonde, mal dessinée, mais dont la consistance paraissait trancher avec la tension des régions limitrophes. La langue était sèche, le pouls à 120, petit, la température de 38°5, le facies très mauvais.

Le diagnostic d'appendicite compliquée de péritonite généralisée nous sembla s'imposer, et notre pronostic fut des plus réservés. Toutefois, une intervention était urgente. Elle fut pratiquée quelques heures plus tard dans l'après-midi. Sous l'éther, la masse que l'on sentait dans la fosse iliaque droite ne devint pas plus nette, mais on y retrouva une tension plus grande, et peut-être une vague fluctuation ; en somme, la sensation était celle que l'on a souvent lors d'appendicite sans foyer circonscrit.

Je fis l'incision iliaque ordinaire, les différentes couches de la paroi se montrèrent avec leur aspect normal ; le péritoine incisé, il ne s'écoula aucune espèce de liquide, et j'arrivai tout de suite sur le cæcum et l'appendice. Ce dernier était recouvert et entouré d'une série de granulations miliaires, qui me firent penser immédiatement à la tuberculose. Sur le cæcum, amené au dehors, je constatai le même semis granuleux ; et l'épiploon, attiré à son tour, en était lui-même couvert. Le diagnostic de granulie péritonéale me parut dès lors évident et je

me contentai d'exciser un petit fragment d'épiploon, pour l'examen microscopique. La plaie fut refermée suivant le mode ordinaire.

Je m'attendais à voir succomber la malade, et c'était sans grand espoir que je lui fis faire d'abondantes injections sous-cutanées de sérum artificiel. Pourtant, le lendemain, je la retrouvais dans une situation plutôt meilleure, elle n'avait que très peu vomi, la température restait à 38 degrés, le pouls était meilleur.

Cette atténuation des accidents se poursuivit et s'accrut les jours suivants, l'appétit reparut, les douleurs cessèrent en grande partie, le facies redevint presque bon. La plaie iliaque s'était réunie sans incident.

Dans le mois qui suivit, quelques poussées nouvelles se reproduisirent, se traduisant par une ascension thermique et quelques vomissements. Puis le calme se fit, et, au bout de trois mois, l'amélioration était assez notable pour que la malade pût quitter l'hôpital.

OBSERVATION XIX

*Péritonite tuberculeuse simulant la péritonite appendiculaire.
Laparotomie. Mort par méningite.*

(Communic. de M. QUÉNU à la Société de chirurgie).

Dans cette observation, les premiers symptômes de la péritonite simulèrent une crise d'appendicite aiguë. La malade était une fillette d'une douzaine d'années, délicate, très nerveuse et placée dans un pensionnat de religieuses à Paris. Elle fut prise un jour subitement, sans aucun prodrome, d'une douleur vive dans

le ventre, avec prédominance dans la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre, suppression de l'émission des gaz, vomissements, élévation modérée du thermomètre, fréquence du pouls.

Le médecin ordinaire pensa à une attaque d'appendicite et appela en consultation le professeur Hutinel. Ce dernier n'émit aucun doute sur le diagnostic et conseilla en présence de la sévérité des accidents une intervention chirurgicale.

A mon tour, j'examinai la jeune malade et portai le même diagnostic d'appendicite aiguë. Je fis de suite. (c'était un vendredi soir), l'incision classique en dehors du bord externe du muscle droit ; le péritoine ouvert, il s'écoula du liquide clair ; j'allai vers le cæcum et l'appendice et fut surpris de ne trouver aucune tuméfaction iliaque, d'autre part, la surface séreuse était criblée de petites granulations miliaires grises, presque transparentes, extrêmement petites. Je refermai complètement le ventre sans drainage. Immédiatement les douleurs abdominales s'apaisèrent, les vomissements disparurent, la température baissa et, dès le lendemain des gaz furent expulsés par l'anus.

Le lendemain samedi, la situation était très satisfaisante ; le dimanche matin même sédation pour les symptômes abdominaux, mais apparition d'une céphalalgie tenace et reprise de la fièvre. M. Hutinel, appelé le lundi matin, reconnut des accidents de congestion méningée, vraisemblablement dus à une poussée tuberculeuse, et l'enfant succomba dans la journée.

OBSERVATION XX

Péritonite tuberculeuse aiguë ayant causé de l'occlusion intestinale et opérée avec le diagnostic d'appendicite. Guérison.

(Communicat. de M. le D^r ROUTIER à la Soc. de Chirurgie du 15 juin 1898).

Appelé le 3 juin, par M. Guinon, pour voir à Necker une femme de son service, entrée à la crèche pour des phénomènes d'embarras gastrique qui avaient débuté le 10 mai.

Le 30 mai à l'hôpital, elle fut prise de douleurs abdominales avec vomissements d'abord bilieux, puis bientôt noirâtres, en même temps qu'elle avait une diarrhée abondante et fétide.

Le 1^{er} juin la douleur se fixait dans la fosse iliaque, et malgré la médication les accidents augmentaient, de telle sorte que je fus mandé auprès d'elle le 3, pour des accidents très menaçants.

Le pouls était petit et fréquent, 120; la température, 38°; le facies grippé, anxieux, le ventre était très ballonné, beaucoup plus douloureux à droite, elle signalait elle-même comme point du maximum de sa douleur, le point de Mac Burney.

La palpation permettait seulement de se rendre compte de cette douleur et du plan musculaire très tendu, très résistant à droite.

L'utérus était mobile, indolent, rien aux annexes; cependant, sur le côté droit du petit bassin je sentais une tumeur allongée immobile.

Pas de gaz, vomissements fécaloïdes à pleines cuvettes.

J'acceptai et confirmai le diagnostic d'appendicite, et portant

un pronostic très grave, aggravé par cette diarrhée fétide, je proposai néanmoins l'intervention.

Laparotomie latérale le 3 juin. Écoulement d'une assez grande quantité de sérosité louche, que nous comparons au bouillon sale, le petit bassin en est plein.

L'appendice libre n'est pas malade ; le cæcum est libre, mais l'épiploon chargé de tubercules est réséqué, la trompe très rouge a ses franges et présente un semis de granulations, l'ovaire est sain.

La face externe du côlon ascendant est comme infiltrée de matière jaune.

Sur la face externe du petit bassin, le péritoine rouge et épaissi recouvrait deux tumeurs allongées, qui étaient les ganglions situés à la bifurcation de l'iliaque.

J'épongeai et lavai la cavité qui n'était nullement protégée par des fausses membranes, deux drains furent placés avec deux mèches.

Les vomissements furent de suite arrêtés, l'intestin reprit ses fonctions.

Le 13 juin la malade allait très bien ; nous avons retiré les drains et les mèches. Elle est aujourd'hui en très bon état.

OBSERVATION XXI

Péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite. Laparotomie.

(Communicat. de M. BROCA à la Soc. de Chirurg., 1898).

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, chez laquelle avaient débuté des accidents péritonéaux brusques, avec masse empâtée et douloureuse un peu à droite de l'ombilic. Il y avait bien un

passé de coliques, de troubles intestinaux mal caractérisés ; il y avait bien des antécédents héréditaires de tuberculose, mais en présence de l'état local, je conclus à l'appendicite et, quelques jours après la fièvre persistant, je fis la laparotomie : je tombai sur un foyer d'adhérences plus que suspectes et je m'en tins là. L'enfant ne fut pas améliorée et, après quelques semaines, elle succomba, après avoir eu tardivement une fistule stercorale. Un cobaye inoculé devint tuberculeux.

OBSERVATION XXII

Péritonite tuberculeuse présentant des symptômes d'appendicite. Diagnostic avant l'opération. Laparotomie. Guérison.

(Communicat. de M. BROCA à la Soc. de Chirurgie de 1898).

Le 24 mars 1893, je fus appelé d'urgence à l'hôpital Trousseau pour un enfant de 8 ans chez lequel existaient, depuis sept jours, des accidents péritonéaux à début brusque, avec météorisme; alternatives de diarrhée et de constipation. L'interne de garde avait cru à de l'appendicite. Mais je ne trouvai rien de gros dans la fosse iliaque, le météorisme rendant d'ailleurs l'exploration peu nette; la douleur à la pression était diffuse et, en raison d'accidents abdominaux assez accusés (deux ans de date), avec augmentation de volume du ventre, je conclus à une péritonite tuberculeuse. Un doute étant permis j'incisai sur la fosse iliaque; l'appendice était sain et je trouvai, vers l'ombilic et à gauche, des nodosités et des adhérences. Réunion sans lavage ni drainage.

Le ballonnement a vite cessé, la fièvre est tombée et, au bout d'un mois, l'enfant sortait opératoirement guéri. Il a continué à

s'améliorer ; les nodosités, faciles à percevoir après cessation du météorisme, ne sont résorbées ; depuis 1895, le ventre est souple ; j'ai revu l'enfant guéri il y a cinq ou six mois.

OBSERVATION XXIII

Péritonite tuberculeuse par diagnostic possible d'appendicite
(M. BROCA).

Chez un enfant que m'a fait opérer à Trousseau M. Netter nous discutâmes longuement entre les deux diagnostics et nous restâmes dans le doute. L'incision démontra une péritonite bacillaire avec adhérences et l'enfant mourut en trois mois environ.

OBSERVATION XXIV

Péritonite tuberculeuse prise pour une appendicite. Opération à froid. Guérison.

(M. MOIZARD. Article du *Journal des Praticiens*.)

Un jeune garçon de 10 ans est pris brusquement au retour d'une promenade, de douleurs dans la fosse iliaque droite et de vomissements. Deux jours après, les vomissements n'ayant pas reparu et la fièvre se maintenant entre 38°5 et 39° je constate de la douleur à la pression et de la défense musculaire au niveau du point de Mac-Burney. A ce niveau la palpation me donne une résistance profonde. L'état général est excellent, le facies non altéré, le pouls à 80. Le diagnostic d'appendicite me semble s'imposer, et comme il n'y a aucun symptôme inquiétant,

j'institue le traitement par la glace, l'opium, la diète absolue et l'immobilité. La situation s'améliore rapidement, la fièvre tombe ; et les jours suivants, je constate le développement progressif, dans la fosse iliaque droite d'un empâtement qui bientôt donne la sensation très nette d'une petite tumeur du volume d'une grosse noix, un peu allongée. Le diagnostic semblait donc se confirmer en tous points. Pourtant je faisais quelques réserves, ayant su que cet enfant habituellement bien portant et appartenant à une famille indemne de toute tare tuberculeuse, avait eu quinze mois avant, une pleurésie qui avait assez rapidement guéri. L'auscultation et la percussion étaient du reste, absolument négatives, aussi bien au niveau de la plèvre antérieurement malade, qu'aux sommets des poumons et dans la région des ganglions bronchiques.

Aussi, malgré la réserve que justifiait cet antécédent, la pleurésie primitive étant, chez l'enfant comme chez l'adulte, presque toujours tuberculeuse ; les symptômes étaient si nettement en faveur de l'appendicite, (l'observation démontrant du reste qu'un tuberculeux peut être atteint d'appendicite non bacillaire) que c'est à ce diagnostic que je me fixai.

Aussi, lorsque la poussée aiguë fut définitivement enrayée, l'ablation à froid de l'appendicite fut décidée. L'opération nous montra combien notre réserve était justifiée, et aurait dû être plus explicitement formulée. Aussitôt le péritoine ouvert, en effet, il s'écoula une assez grande quantité de liquide citrin, et nous pûmes constater sur la séreuse de nombreuses granulations tuberculeuses prédominant sur la face antérieure du cæcum. L'appendice fut enlevé ; il était évidemment malade, et avait la forme d'un battant de cloche, la partie voisine du cæcum était de forme et de calibre normal ; l'autre, terminale, renflée en mas-

sue, rouge, présentant à sa surface quelques granulations tuberculeuses. L'examen histologique confirma le diagnostic.

OBSERVATION XXV

Péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite. Diagnostic sans opération.

(Idem).

Je montrai, il y a deux ans à mon collègue Brun, un enfant qui avait été pris brusquement de douleurs de ventre du côté droit avec vomissements. Tout d'abord j'avais songé à l'appendicite, mais la douleur était peu violente, son maximum était nettement à trois travers de doigt au-dessus du point de Mac Burney, la défense musculaire était peu marquée. Nous pûmes, au bout de quelques jours, éloigner toute idée d'appendicite, et admettre que cet enfant, fils de tuberculeux et habitant une maison où plusieurs enfants avaient présenté d'autres manifestations bacillaires, avait un petit foyer de péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION XXVI

Péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite. Diagnostic sans opération.

(Idem).

J'ai observé il y a un an dans mon service, un fait du même genre. Il s'agissait d'un enfant qui m'était envoyé avec diagnostic d'appendicite à rechute, pour être opéré à l'hôpital. Son

histoire était calquée sur les observations classiques d'appendicite à rechute. C'était après la troisième crise qu'on me l'envoyait. Je n'admis cependant pas cette opinion.

L'examen du ventre me démontra l'existence d'un empâtement diffus, donnant très nettement la sensation du gâteau péritonéal et existant aussi bien dans la fosse iliaque gauche qu'à droite. De plus il y avait des signes d'adénopathie bronchique. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse à poussées successives fut fait et vérifié par l'évolution des accidents. Le repos, les petits vésicatoires répétés sur l'abdomen, amenèrent une amélioration sensible, et le malade sortit à peu près guéri de l'hôpital.

OBSERVATION XXVII

*Péritonite tuberculeuse prise pour une appendicite à froid.
Résection de l'appendice non tuberculeux. Guérison.*

(Communic. de M. TUFFIER à la Soc. de Chirurgie.)

Le premier fait a trait à une jeune fille de 21 ans, grande, maigre ayant présenté dans son enfance des signes d'induration du sommet pulmonaire droit, dont il ne reste plus de traces actuellement. Je l'ai opérée le 17 mai 1897, pour une appendicite à froid. En août 1896, elle avait présenté des accidents douloureux, fugaces, dans la fosse iliaque droite, et depuis cette époque, elle avait eu deux crises légères d'appendicite. En mai 1897, mes collègues Chauffard et Bouilly, et moi-même, avions suivi la phase aiguë et péritonique classique d'une appendicite que nous laissâmes s'éteindre. Pendant l'opération je trouvai au niveau de l'appendice de gros noyaux arrondis, jaunes,

caséeux occupant le péritoine pariétal près du cæcum, les franges épiploïques cæcales et le méso-appendice. Je réséquai l'appendice et je fermai à la Lembert l'orifice intestinal.

J'enlevai les masses caséeuses, je cautérisai le tout au thermocautère. Le cæcum était souple sans induration et sans aucune lésion bien apparente. L'appendice examiné histologiquement ne contenait aucune lésion tuberculeuse. Ma malade guérit sans incident; depuis dix-huit mois, elle n'a eu aucune trace de tuberculose péritonéale et actuellement elle mène à bien une grossesse.

OBSERVATION XXVIII

*Péritonite tuberculeuse prise pour une appendicite à froid.
Résection de l'appendice non tuberculeuse. Guérison.*

(Idem).

Il s'agissait d'une enfant de 10 ans qui présentait depuis huit mois des douleurs dans la fosse iliaque droite. Six semaines avant son entrée à l'hôpital elle avait eu une poussée aiguë.

L'opération pratiquée le 13 mai me fait trouver dans la fosse iliaque une surface épaissie, indurée, jaunâtre, qu'on incise et est le péritoine pariétal épaissi, formant une plaque à indurations jaunâtres.

Le cæcum adhèrent à l'épiploon et à l'appendice, forme une masse dure. En décollant l'appendice, on s'assure qu'il est uni au cæcum par une matière jaunâtre caséeuse.

On résèque l'épiploon et l'appendice; on touche au thermocautère la partie sectionnée. On fait la cautérisation très profonde de la muqueuse. On ferme l'appendice en bouchon de champagne puis on l'enferme sous une suture à la Lembert.

On cautérise au fer rouge toute la surface caecale adhérente, et on s'assure que les épaissements constatés dans son épaisseur ne dépassent pas la partie superficielle du cæcum. On résèque le péritoine dans toute l'étendue des adhérences et on y trouve de nombreux foyers d'induration jaunâtres, puis on procède à la suture de cette perte de substance. On fait ensuite l'extirpation de tous les ganglions rétro-cæcaux remontant jusqu'à la symphyse sacro-iliaque.

Fermeture de la paroi au catgut.

Pas de drainage.

OBSERVATION XXIX

*Péritonite tuberculeuse prise pour une appendicite.
Laparotomie. Guérison.*

(Comm. de M. BRUN à la Soc. de Chirurgie).

Il s'agit d'une grande fille de 14 ans qui, depuis plusieurs semaines, se trouvait dans le service du professeur Grancher, où elle était entrée pour une faiblesse générale extrême et une coloration bronzée de la peau qui avaient fait émettre l'hypothèse d'une maladie d'Addison. Sans raison appréciable elle fut prise au mois de novembre 1897 d'une violente douleur du côté droit du ventre, avec vomissements et diarrhée. Rapidement les phénomènes s'aggravèrent et lorsqu'on me montra l'enfant, le 1^{er} décembre au matin, son facies était grippé, la température était à 39°8, et le pouls était absolument impossible à sentir au niveau des radiales. La pression du ventre était douloureuse, surtout du côté droit, aussi n'hésitai-je pas à porter le diagnostic de péritonite septique généralisée, à point

de départ probablement appendiculaire et à formuler un pronostic des plus sombres, j'intervins immédiatement et je fis dans la fosse iliaque droite l'incision habituelle de l'appendicite ; dès que le péritoine fut ouvert, je reconnus mon erreur. Péritoine pariétal et viscéral étaient couverts de granulations miliaires, mais à côté de ces lésions récentes et évidemment causes des accidents aigus, il existait des masses caséeuses disséminées, unissant l'épiploon à l'intestin et les anses intestinales entre elles. En divers points, au milieu de ces adhérences, se trouvaient des poches ascitiques que je pus évacuer. Je lavai le ventre à l'eau bouillie, je touchai les masses caséeuses avec le naphthol camphré et je drainai. J'avais, je l'avoue, peu confiance dans les résultats de mon intervention.

Contrairement à mon attente, et grâce peut-être aux injections de sérum, qui furent largement utilisées, je trouvai le lendemain mon opérée moins malade que la veille. Le poulx, bien que filiforme, pouvait être senti et compté, il n'y avait plus eu de vomissements, la figure était meilleure. Dans les jours qui suivirent, l'amélioration continua, et cinq mois après son opération, ma petite malade pouvait être envoyée à Berck. Je l'y ai revue récemment et tout me fait espérer que la guérison sera durable.

OBSERVATION XXX

Péritonite tuberculeuse aiguë présentant les symptômes d'une péritonite aiguë.

(Thèse d'ALDIBERT, 1891. Très résumée.)

Jeune enfant de 11 ans prise le 25 mars de douleurs vives dans le ventre, perte des forces et amaigrissement rapide.

Entre le 7 avril avec un facies péritonéal. Les vomissements et l'état grave continuent. Le 19 la malade est mourante.

A l'opération l'écoulement d'un liquide citrin. Péritonite tuberculeuse aiguë. Lavage de la cavité péritonéale.

Après une légère amélioration la malade meurt le 22.

Pas d'autopsie.

C. — Des autres erreurs de diagnostic.

OBSERVATION XXXI

*(Personnelle. Inédite. En collaboration avec mon collègue
SÉNÉCHAL.)*

Malade opérée avec le diagnostic probable d'hématocèle péritérine. Péritonite tuberculeuse avec annexite droite. Ablation de l'annexe malade et drainage. Rhumatisme tuberculeux dans le cours de la convalescence.

Jeanne R., 24 ans, domestique, entre dans le service de M. le Dr Lejars, salle Cruvelhier, venue du service de M. le Dr Le Noir le 7 décembre 1906.

Rien de notable dans ses antécédents héréditaires. Cinq frères et sœurs bien portants.

Elle souffre du ventre depuis l'âge de 14 ans. Réglée à 13 ans 1/2 et bien réglée depuis. Les douleurs abdominales ne semblent avoir aucun rapport avec ses règles.

Avant cette époque elle n'a jamais été malade, sauf quelques adénopathies dont il reste encore des traces à la région cervicale. Aucune autre trace de bacillose.

A 14 ans 1/2 elle a une première crise douloureuse à tel point

qu'elle est forcée de s'aliter pendant quinze jours. Son ventre tout entier lui faisait mal ; mais d'après ses souvenirs elle n'aurait pas eu de localisation ni de point de douloureux maximum. La paroi abdominale était tendue et résistante et l'on ne pouvait lui toucher le ventre tant elle souffrait.

Cette crise a cessé au bout de quinze jours, mais tout en reprenant sa vie habituelle la malade a conservé une grande sensibilité, à la moindre chose, sous l'influence d'un peu de froid elle souffrait du ventre. Les douleurs n'avaient aucun corrélation avec les époques menstruelles qui restaient régulières.

Elle était habituellement constipée avait de temps en temps de véritables débâcles diarrhéiques.

A l'âge de 18 ans elle présente des symptômes de chlorose : un peu pâle elle se fatigue au moindre effort et elle est obligée de passer presque tout son temps au lit. Elle ne tousse pas.

A 19 ans, malgré son état de faiblesse, elle vient à Paris et est domestique. Elle fait naturellement son travail avec peine ; elle souffre fréquemment du ventre de douleurs qui surviennent par crises devenant de plus en plus fréquentes, surtout dans ces quatre dernières années où elle souffre presque constamment.

Il y a un mois est restée jaune pendant quelques jours et a eu de la décoloration des fèces.

Le dimanche 2 décembre elle est prise assez brusquement d'une violente douleur abdominale.

Elle souffre toute la nuit mais ne vomit pas, ses douleurs se calment et elle semble à peu près remise quand le jeudi 6 elle est reprise de nouvelles et très violentes douleurs. Ces douleurs siègent surtout dans la région de la vésicule biliaire et dans l'épigastre. La malade prend une purgation suivie de succès mais les douleurs persistent.

Elle entre le 7 décembre 1906 dans le service de M. le Dr Le Noir, salle Andral, à l'hôpital Saint-Antoine. On pense, étant donné le siège des douleurs, à une colique hépatique. La malade a eu de l'ictère un mois avant, ses douleurs semblent localisées dans la région sus-ombilicale. Elle a de la diarrhée mais ses fèces ne sont nullement décolorées. Cependant la température est à 39°, le facies un peu fatigué, l'état général est en somme inquiétant.

Le lendemain la température tombe, les douleurs diminuent et en même temps elles changent de siège et se déplacent vers le bas

Le 10 l'état général est bon ; les douleurs sont disparues, il y a des selles normales. On permet à la malade de manger. Température : 37°2. Pouls : 64.

Mais dès le lendemain 11 les douleurs deviennent à nouveau très vives, elles siègent plus bas mais restent diffuses. L'attention est attirée vers le petit bassin.

Au toucher vaginal on sent l'utérus repoussé en masse en avant. Dans le cul-de-sac de Douglas, de même que dans les culs-de-sac latéraux, on sent un empâtement diffus mais sans bombement ni limitation précise.

En même temps l'état général s'aggrave pour ainsi dire d'heure en heure. Le pouls devient petit, presque filiforme, à 110, 120 ; il est irrégulier, mou, mal frappé. Le cœur n'a pas sa matité augmentée mais a un premier temps dédoublé.

Le facies change rapidement. La face est pâle, les lèvres décolorées ; il y a de l'angoisse, un peu de dyspnée.

Pendant ce temps les douleurs deviennent paroxystiques et des crises atrocement douloureuses sont à peine calmées par les applications de glace.

Elle passe dans le service de M. le Dr Lejars.

Elle entre dans le service le 13 décembre au soir et mon collègue Sénéchal et moi la voyons de suite. L'état semble si grave que la question d'une intervention immédiate est agitée.

L'état général est grave, le facies est absolument hémorragique, le pouls est très petit et rapide à 127. Température : 37°2.

Localement le ventre est à peine légèrement ballonné, très douloureux à la pression. Il y a du tympanisme en haut et un peu de submatité dans la région inférieure à droite comme à gauche.

L'examen au toucher confirme absolument les résultats qu'avait trouvés notre collègue Raymond en médecine. Partout, dans tous les sens l'utérus est englobé par un empatement diffus.

Le palper bimanuel ne permet pas de nous renseigner sur l'étendue par en haut de la tumeur.

En présence de ces symptômes, et quoique la malade ne semble pas avoir eu de retard de règles, nous pensons, sans l'affirmer, au diagnostic d'hématocèle péri-utérine avec petites poussées hémorragiques.

M. le Dr Lejars consulté nous conseille d'attendre un peu. On fait à la malade une injection de 1 l. 1/2 de sérum.

M. Sénéchal la revoit deux ou trois heures après : le pouls est beaucoup plus fort, moins rapide, à 116. Les douleurs ont diminué sensiblement. L'aspect de la figure est cependant le même. On se décide à attendre au lendemain en faisant mettre à la malade un peu de glace sur le ventre.

Le lendemain 14, dès son arrivée dans le service, M. Lejars voit la malade. Il constate le même état que nous la veille ; cependant les douleurs sont redevenues assez aiguës et le ventre est très sensible. M. Lejars d'abord pense à une péritonite

aiguë. Il prescrit 1 litre de sérum et la revôit après la visite. Le poulx est petit, l'aspect de plus en plus hémorragique. M. Lejars admet alors la probabilité du diagnostic d'hématocèle et nous charge de l'examiner l'après-midi.

On lui fait 1 litre de sérum.

A 3 heures de l'après-midi l'état s'est encore aggravé. Le poulx est presque incomptable, à 130. Le facies est mauvais. La voix est faible. Bref, la malade semble dans un état entièrement grave et nous nous décidons à l'opérer avec l'autorisation de M. Lejars.

Opération le 13 décembre à 3 heures de l'après-midi par mon collègue Sénéchal que j'assiste.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert on arrive sur l'épiploon qui est légèrement adhérent au péritoine pariétal. On continue l'ouverture par en bas et on trouve une poche contenant le contenu d'un œuf de liquide citrin. On trouve les anses très agglutinées ensemble. On les décolle avec beaucoup de précautions et on peut arriver sans aucun dégât sur le petit bassin.

A ce niveau, l'on voit de nombreuses anses intestinales adhérentes et épaissies. L'S iliaque adhère à la face postérieure de l'utérus.

Ne trouvant rien de net du côté du petit bassin nous allons regarder l'appendice fin et sain. C'est alors qu'en palpant on découvre une énorme adénopathie mésentérique qui se prolonge dans tout le mésentère sous forme de ganglions tout à fait caractéristiques. Déjà en décollant l'épiploon et en trouvant la petite quantité d'ascite enkystée nous avions pensé à de la péritonite tuberculeuse. Mais le diagnostic paraît alors presque certain

et nous allons voir si l'origine ne serait pas du côté du petit bassin.

On arrive en effet à décoller complètement l'S iliaque et l'utérus et l'on voit alors les annexes. Les gauches paraissent seulement un peu épaissies. Du côté droit la trompe est oblitérée, très épaissie et congestionnée. Autour d'elle aucune autre lésion que l'agglutination des anses intestinales. Étant donné la rougeur et l'oblitération de la trompe droite on l'enlève.

Réunion avec petit drain dans le fond de Douglas. On l'enlève au bout de trente-six heures.

L'examen bactériologique de la trompe a été négatif. Celle-ci épaissie, fibreuse, congestionnée par places et oblitérée était cependant atteinte. Mais quelle que soit la nature de la salpingite, l'ascite, l'agglutination intestinale et surtout l'adénopathie mésentérique nous paraissent pouvoir faire affirmer le diagnostic de la nature tuberculeuse.

Au reste l'évolution a confirmé les résultats de l'opération. Dès le lendemain l'état général est profondément modifié. On a fait 1 l. 1/2 de sérum à la malade. Le pouls a bien tenu ; il est encore cependant rapide à 110.

Le facies est bien moins mauvais ; les lèvres sont violettes. Il n'y a pas de fièvre.

Le 16. — Poussée pleurale (dyspnée, douleurs dans les côtés) avec frottements aux deux bases dans toute la moitié inférieure des deux poumons.

Le 17. — La malade se plaint de son poignet droit, le 18 il est rouge au niveau de la face dorsale. Il y a des douleurs.

Légère douleur également dans l'articulation radio-carpienne et côté opposé avec une rougeur semblable par plaques localisées et que M. Lejars diagnostique rhumatisme tuberculeux.

Ce rhumatisme s'étend dans le coude droit où il reste stationnaire pendant quatre ou cinq jours. Puis il y a de la douleur dans la tibio-tarsienne droite qui reste également fugace. Traitées par 2 grammes d'aspirine par jour ces douleurs disparaissent.

La pleurite elle-même finit par disparaître peu à peu.

Du côté de la plaie la réunion est parfaite. Il n'y a jamais eu aucun écoulement.

OBSERVATION XXXII

Péritonite tuberculeuse prise pour une péritonite aiguë

(M. BRUN, Soc. de Chirurgie 1898.)

Il s'agissait d'un jeune garçon de 6 à 7 ans, qui était entré à l'hôpital dans un service de médecine, présentant les signes habituels d'une péritonite aiguë à localisation surtout sous-hépatique. Les accidents étaient survenus après une chute dans laquelle le flanc droit avait été violemment contusionné par une rampe d'escalier et lorsque je vis le malade je pensai à une déchirure hépatique et à une péritonite consécutive. J'émis dès ce moment l'opinion qu'une intervention chirurgicale serait nécessaire ; mais la température s'étant abaissée quelque peu, cette intervention fut différée et je ne la pratiquai que dix jours environ après le début de la maladie. L'ouverture du ventre que je fis sur le bord externe du muscle droit du côté droit, me montra un péritoine viscéral et pariétal couverts d'une quantité infinie de granulations miliaires. J'évacuai 1 litre de liquide ascitique et après avoir touché la surface péritonéale malade avec des tampons imbibés de naphtol cam-

phré, je refermai le ventre. Dès le lendemain de mon opération, la température devint et resta normale, et un mois après l'enfant était en état de partir en convalescence à Forges. J'ajoute que cette amélioration n'a pas été passagère ; j'ai revu mon petit opéré cette année même, quatre ans après mon opération, et son état aussi bien local que général, était absolument satisfaisant.

OBSERVATION XXXIII

Malade présentant des symptômes de fièvre typhoïde. Diagnostique de péritonite tuberculeuse confirmé à l'autopsie. Point de départ ovarien.

(Obs. XI de la thèse de BOULLAND. Très résumée.)

Jeune fille souffrant depuis un mois de douleurs abdominales et de vomissements jaunâtres, continuels.

A son entrée facies plombé. Température oscille entre 38 et 39°, céphalalgie, vertiges, pas d'épistaxis, langue saburrale, peu de diarrhée. Ventre ballonné. Douleurs dans la fosse iliaque droite. La malade tousse. Crachats muqueux et striés de sang.

L'âge du sujet, l'état saburral, la diarrhée, le ballonnement du ventre peuvent faire penser à une fièvre typhoïde.

Mais quelques symptômes : léger degré d'ascite probable, température, beaucoup de vomissements, signes de tuberculose au début font penser à la péritonite tuberculeuse.

Les jours suivants l'ascite disparaît. Un peu de pleurésie. Puis vomissements incoercibles et diarrhée. Enfin crises de dyspnée et violentes douleurs. Mort au bout d'un mois.

AUTOPSIE. — Granulations partout. La masse intestinale orme un gâteau.

Infiltration caséreuse généralisée.

Le foie est englobé dans la lésion péritonéale. Il est gros et congestionné.

Le point de départ siège dans l'ovaire : le gauche très volumineux est occupé par une masse caséreuse, le droit est également atteint.

Rien aux poumons qu'un peu de bronchite expliquant les symptômes pulmonaires.

OBSERVATION XXXIV

Péritonite tuberculeuse prise pour une salpingite aiguë.

(M. BOUSQUET, Soc de chirurg., 1898).

« Il s'agissait d'une jeune personne mariée depuis quatre à cinq mois; elle avait une température élevée, des vomissements, un ballonnement du ventre qui me firent croire à des accidents péritonéaux dus à une salpingite par infection. Je fis la laparotomie: je trouvai deux fragments d'épiploon infiltré de granulations que je réséquai, les annexes étaient seulement un peu rouges. Je fis un lavage. J'eus l'occasion de revoir cinq à six mois après la malade, la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION XXXV

Péritonite tuberculeuse à début simulant la fièvre typhoïde.

(EBSTEIN cité par GELPKE. Traduction inédite.)

Il s'agissait d'un capitaine d'infanterie qui, sans symptôme abdominal, fut pris de frisson et de troubles ordinaires offrant l'image de la fièvre typhoïde et trois semaines plus tard fut opéré par König d'ascite tuberculeuse et guérit.

OBSERVATION XXXVI

Péritonite tuberculeuse simulant la fièvre typhoïde.

(Thèse d'ALDIBERT.)

Il s'agit d'une femme de 36 ans, malade depuis trois semaines. Aspect typhique à la troisième semaine : langue rôtie, dents fuligineuses. Température : 39°4.

Cent pulsations. Opérée on trouve des granulations miliaires et la température redevient normale. Prise de symptômes de granulie elle meurt moins d'un mois après l'intervention de tuberculose généralisée.

Deuxième groupe.

LES FORMES LOCALISÉES

OBSERVATION XXXVII

B. — *Péritonite tuberculeuse du petit bassin prise pour un pyosalpinx. Laparotomie. Guérison.*

(Personnelle. Inédite.)

Jeanne D..., 21 ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père et mère bien portants.

Trois frères également bien portants. Une sœur morte à 18 mois de méningite.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Elle-même a toujours été bien portante. Elle eut la rougeole à 4 ou 5 ans, mais à part cela ne fut jamais malade. Elle ne toussaît jamais l'hiver.

Réglée à 12 ans, ses règles sont très régulières. Et la malade ne souffre jamais jusqu'en 1904. A ce moment, ses règles deviennent parfois irrégulières, elle a des pertes blanches.

Au mois de février 1906, elle fait une fausse couche de deux mois et demi environ qui paraît certaine, car la malade a vu l'œuf. C'est de cet accident que datent les douleurs qu'elle ressent. Celles-ci sont constantes. Le médecin la soigne pour une métrite et un début de salpingite. On lui fait des pansements intra-utérins.

Elle a toussé un peu au moment de sa fausse couche et cette toux a persisté plusieurs mois. Elle n'a jamais craché de sang. Puis elle recommence à manger et à se porter relativement bien, ne se plaignant que de quelques troubles génitaux pour lesquels elle est régulièrement visitée et soignée par un médecin de la ville.

Peu à peu la situation s'aggrave ; les douleurs franchement lombaires et abdominales persistent. Quelques pertes blanches. Au début du mois de mai 1906, elle est prise de douleurs très vives, ne peut plus marcher et est obligée de s'aliter. Son ventre ne grossit pas sensiblement. Elle entre ainsi dans le service de M. le Dr Lejars, salle Cravelhier le 21 mai 1906.

Lorsque nous la voyons le jour de son entrée, elle semble amaigrie et fatiguée. La température est élevée (38°6), il y a un pouls bon, mais rapide. A l'examen du ventre, on sent une résistance diffuse surtout localisée du côté droit. Il y a là une douleur très vive et qui s'accroît par la pression.

Le toucher vaginal révèle une tumeur de la grosseur d'une mandarine ronde, bosselée, bien limitée dans le cul-de-sac droit se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur. A gauche, petite masse résistante, mais plus diffuse cependant.

On ordonne le repos, la glace sur le ventre. Pendant deux ou trois jours, la fièvre se maintient élevée, atteignant 39°5 le soir. Le pouls est rapide mais bien frappé. La figure reste bonne.

Peu à peu, la température tombe, mais la malade continue à souffrir et on décide une intervention chirurgicale.

Celle-ci a lieu le 7 juin.

Laparotomie. On tombe sur un épiploon adhérent que l'on décolle avec peine. Des adhérences multiples coiffent le petit bassin. Ces adhérences sont décollées prudemment et l'on tombe sur une poche pleine de liquide ascitique qui remplit les deux côtés de l'utérus. Cette poche se poursuit en bas et à droite le long de l'utérus et là s'écoule du pus caséux manifeste en très petite quantité. On éponge et l'on voit dans tout le petit bassin quelques lésions de péritonite tuberculeuse, mais rien en apparence sur les annexes.

Surjet péritonéal avec petit drain. Réunion.

Suites opératoires excellentes. La malade n'a jamais de fièvre. Elle ne souffre plus et sauf une petite fistule qui persiste à la partie inférieure de la plèvre sort guérie le 28 juin.

La malade continue en ville à être soignée par un médecin, qui lui fait son pansement d'abord tous les jours, depuis quelque temps tous les deux ou trois jours. La fistule coula pendant longtemps abondamment puis diminua énormément.

Revue le 10 janvier 1907 sa santé est manifestement améliorée ; elle ne tousse plus du tout. Elle a engraisé considérablement. Depuis l'intervention plus de règles. Au mois de novembre elles réapparaissent, mais ne sont ni trop abondantes ni trop douloureuses.

OBSERVATION XXXVIII

Epiploïte tuberculeuse de la fosse iliaque droite probablement d'origine traumatique. Mort.

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Dr MOSNY).

Gustave D..., 54 ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Ses parents sont morts très vieux ; l'un de ses frères seul a eu de la bronchite. Le malade s'est marié deux fois ; sa première femme morte d'hématocèle, sa deuxième vit toujours.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Habituellement bien portant (un peu alcoolique) jusqu'en 1899 où il eut une pleurésie à la suite d'un coup de froid. Depuis lors il tousse de temps en temps et a quelques douleurs dans le côté droit.

En février 1904 point de côté à droite, reste malade pendant trois semaines et depuis tousse un peu.

A la fin de septembre 1905, il fut attaqué et piétiné par des rôdeurs ; l'un d'eux plaça ses deux pieds au niveau du ventre. Il se traîna jusque chez lui mais put ensuite travailler. Il s'aperçut qu'il avait une hernie (?) et que son ventre grossissait. Le 8 octobre il entra à l'hôpital dans le service de M. le Dr Mosny.

On constate qu'il souffre beaucoup du ventre. La langue est sale, quelques troubles digestifs. Le ventre est partout distendu. La palpation ne permet de rien sentir. La percussion montre un foie normal et de la matité dans les fosses iliaques.

Au poumon râles sous-crépitaux au sommet droit, à la base respiration affaiblie. A gauche et à la base respiration très diminuée.

Le 12. — La ponction exploratrice à la base retire de la plèvre droite vingt centimètres cubes de liquide très fibrineux.

Le 7 novembre. — Les sensations abdominales se précisent. Quoique le ventre soit encore ballonné, on sent à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, à peu près au niveau d'une ligne horizontale menée par les épines iliaques antéro-supérieures dans la fosse iliaque droite une masse à rebord tranchant qui se continue en haut avec le foie et en bas aboutit à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. La palpation est douloureuse, à ce niveau. Se basant sur les caractères de la tumeur et sur les antécédents du malade. M. Mosny diagnostique épiploïte tuberculeuse.

L'évolution se poursuit avec crises douloureuses péritonéales jusqu'au 14 novembre où des signes de pleurésie nette se font entendre des deux côtes: ponction exploratrice positive à droite.

Une double ponction pratiquée quelques jours plus tard donne issue à du liquide des deux côtés.

Pas de modification du côté de l'abdomen. Une épididymite gauche apparaît au début de janvier. Les vésicules séminales sont grosses.

Le malade s'affaiblit, mais meurt cependant presque subitement le 14 janvier, ce qui fait prévoir, malgré les explorations négatives, un épanchement pleural gauche.

AUTOPSIE. — le 15 janvier. — Pleurésie gauche séro-fibreuse, 2 lit. 1/2 de liquide. A droite adhérences pleurales très épaisses.

Dans l'abdomen nombreuses granulations miliaires. Le foie est adhérent partout; il n'a pas l'apparence tuberculeuse. Il est recouvert à la partie inférieure par une masse épiploïque qui le continue et en a imposé pendant la vie aux yeux de certains pour une languette hépatique.

Les anses intestinales sont recouvertes par des granulations miliaires, confluentes.

Prostate et épidydime tuberculeux. Une hernie guérie sur la péritonite tuberculeuse a son sac rétracté recouvert de granulations.

OBSERVATION XXXIX

Péritonite tuberculeuse herniaire. Pelvi-péritonite avec tumeur. Laparotomie. Guérison.

(LAUPER, KOCHER. Traduction inédite.)

Louise E..., 18 ans, entre le 14 février 1884.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien jusqu'en mars 1881 où elle présente un abcès de la grosseur d'une noix à l'ombilic, sans fièvre ni douleur. Ouverture et évacuation de pus granuleux. Depuis ce temps ventre épaissi quoique sans douleurs.

En septembre 1883, violentes douleurs dans le flanc gauche. Le ventre grossit. Légère dyspnée et légère dysurie.

Le 18 février 1884. — Légère hernie crurale gauche réductible. Abdomen volumineux et globuleux. Épanchement à la partie inférieure remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Toucher vaginal : col court, utérus dévié à gauche.

Diagnostic. — Hernie de l'ovaire.

OPÉRATION. — Incision parallèle à l'arcade crurale. On ouvre le sac. A la pression, sérosité claire. Le péritoine est très épaissi et la séreuse recouverte de granulations miliaires.

La plaie guérit bien mais bientôt l'abdomen redevient volumineux avec douleurs au-dessus de la symphyse.

Aggravation en mars 1887. Anorexie, amaigrissement.

Examen sous chloroforme : à droite contre l'utérus on sent une masse ronde de la grosseur d'un œuf se mobilisant avec l'utérus.

OPÉRATION. — *Le 19 juillet 1887.* — Incision médiane. Tuberculose miliaire du péritoine pariétal. La tumeur que l'on sentait par le vagin est fibreuse. La séreuse intestinale est parsemée de granulations miliaires. Pas d'ascite.

Après l'opération, amélioration de l'appétit; plus de douleurs; diminution du volume du ventre. La palpation simple ou combinée n'est plus douloureuse.

Résultat histologique positif.

Revue en janvier 1901. — Elle n'a que rarement des douleurs avant ses règles. Celles-ci régulières. Appétit bon. Pas de constipation.

Poids : 92 kilos.

OBSERVATION XL

Péritonite tuberculeuse avec grosse tumeur à gauche.

(Idem. Traduction inédite.)

M^{me} D... von B..., 54 ans. Entrée le 8 novembre 1884.

Mère morte en couches, père mort à 67 ans. A 19 ans catarhe de l'estomac. Il y a seize ans après un accouchement difficile elle reste six semaines au lit, et depuis sa santé est défaillante. En février dernier, après un repas abondant, elle est prise de vomissements et de douleurs d'estomac pendant la nuit. Depuis les vomissements se répètent. Depuis le mois de mai le ventre grossit, avec douleur spontanée à droite. Jamais de sang,

ni dans les selles ni dans les vomissements. Pendant l'été œdème du membre inférieur droit. Alternatives de diarrhée et de constipation. Crises de toux. Amaigrissement. Règles abondantes pendant les derniers mois.

ÉTAT ACTUEL. — Teint jaune, ventre volumineux, peu sensible. Sensation de plat. A gauche tumeur solide. Toucher vaginal : cicatrice à la partie supérieure des culs-de-sac vaginaux. Utérus sensible. On ne perçoit pas de tumeur.

Par la ponction; 3 litres de sérosité légèrement puriforme. L'abdomen s'affaisse peu à peu après la ponction et l'on sent une tumeur nettement limitée du côté gauche.

La malade est morte six ans après à 60 ans. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLI

Tumeur péritonitique fibreuse d'origine tuberculeuse, médiane et à droite. Autre tumeur à gauche. Guérison.

(Idem. Traduction inédite.)

Marie R..., 26 ans.

Pas d'antécédents héréditaires. Son mari tousse et crache. A eu la scarlatine. Règles régulières à 18 ans.

En automne 1875 malaise général puis douleurs abdominales avec météorisme, constipation, pas de vomissements. Amaigrissement marqué. Au début de l'année suivante augmentation considérable du volume du ventre, douleurs à la pression et fièvre. Vomissement quotidien et diarrhée. Depuis ce temps fièvre constamment, urines rares et troubles. Récemment œdème des jambes et des paupières.

Pendant tout l'hiver elle a toussé. Pas d'hémoptysie.

ÉTAT ACTUEL. — Très amaigrie et anémique. Pouls petit et régulier. Petits ganglions douloureux à l'angle du maxillaire, à l'aisselle droite et dans les aînes. Langue chargée.

Poumon : épanchement à droite remontant jusqu'au huitième espace.

Dans la fosse sus-épineuse gauche petits râles humides. De même au sommet droit.

Cœur : 0.

Abdomen globuleux avec déplissement de l'ombilic. Il est mou, tympanitique, avec épanchement dans les flancs.

Dans la région ombilicale un corps épais d'environ 15 centimètres de long sur 5 centimètres de large. Il est irrégulier et sensible à la pression. On y sent des nodules de différentes grosseurs. La tumeur est située directement derrière la paroi. On ne peut pas la saisir en arrière. A gauche elle se termine en un bord mousse et lisse et à droite en pointe. Dans les mouvements respiratoires on a comme une sensation de frottement. Urine : 0.

Toucher vaginal : en arrière et des deux côtés de l'utérus, masse dure avec résistance à la pression. On ne sent pas les ovaires. L'utérus est anormalement petit.

Traitement médical.

Nouvelles en janvier 1901 quinze ans après. Est mariée depuis plusieurs années avec un second mari. Santé parfaite.

OBSERVATION XLII

Péritonite tuberculeuse localisée dans les deux fosses iliaques.

Diagnostic : pyosalpinx gonococcique.

(Idem. Traduction inédite.)

Louise H..., 23 ans, couturière.

Mère morte d'une maladie de cœur. Père souffre de l'estomac. Sept frères et sœurs bien portants

A 3 ans fièvre typhoïde. Dans sa seizième année, douleurs de ventre répétées. Réglée régulièrement de 18 à 20 ans ; depuis irrégulièrement.

Au printemps 1888 douleurs violentes en urinant, surtout à la fin de la miction. Urines non troubles, non fétides. Depuis, augmentation progressive du volume du ventre, qui actuellement diminue un peu. La dysurie persiste. Pas de pertes blanches.

ÉTAT ACTUEL. — État général bon. Cœur et poumons, urines : 0.

Toucher vaginal sous chloroforme.

Col allongé. Rétroflexion du corps sans adhérences. De chaque côté de l'utérus on sent une tumeur mousse qui suit les mouvements de celui-ci, et lui semble réunie par un cordon. A droite grosseur d'une pomme, à gauche moitié plus petite. Pas d'œdème. Température et pouls normaux. On pense à un pyosalpinx gonococcique.

Opération le 9 janvier 1889. Incision médiane. Péritoine congestionné et épaissi, parsemé sur son feuillet viscéral et pariétal de tubercules. Il s'écoule une sérosité claire, légèrement

gélatineuse. Lavage à l'acide salicylique. La plaie se ferme sans incidents. Ni douleurs ni hyperesthésie.

Résultat histologique positif.

Revue le 30 décembre 1900.

État général très bon. Excellentes fonctions digestives. Augmentation de poids du corps. Règles régulières et abondantes. A eu, rarement, quelques vomissements douloureux.

OBSERVATION XLIII

Pelvi-péritonite tuberculeuse. Guérison.

(*Idem.* Traduction inédite.)

Marie G..., 33 ans.

Pas d'antécédents héréditaires. Depuis deux ans douleurs diaphragmatiques droites souvent très violentes. Jamais de fièvre ni de vomissements. Guérison par le repos au lit et l'opium. Depuis ce temps appétit et poids diminuent.

En juin 1889, cessation des règles. Céphalée avec amaigrissement. Les époques reparaissent au bout de quatre à cinq mois. Dans l'hiver 1889 aggravation sous l'influence de la grippe.

Les mictions et les défécations sont douloureuses.

ÉTAT ACTUEL. — Pâle. Poumon, cœur n'ont rien. Pouls petit et dépressible.

Abdomen moyennement distendu. Matité dans les flancs avec épanchement.

Toucher vaginal : Col petit et ferme. Latéro-flexion droite. A gauche, corps mou, un peu mobile; irrégulier ressemblant à un papillome de l'ovaire. Le côté droit est libre.

Diagnostic. — Papillome de l'ovaire.

OPÉRATION le 19 mars 1890. — Incision médiane. Péritoine épaissi de 1 centimètre. Exsudat tuberculeux encapsulé à sa partie supérieure par la masse intestinale qui lui adhère parcouru par la trompe droite dont les franges sont très congestionnées et entourées de dépôt fibrineux.

Utérus, ovaire, trompes, sont parsemés d'adhérences tuberculeuses. La paroi du péritoine est couverte de nodosités tuberculeuses. Le douglas était rempli en partie par l'épanchement.

Revue le 10 avril 1892. — En évitant les aliments lourds la malade digère bien. Pas de douleurs.

Revue le 19 décembre 1900. — Pas de troubles intestinaux. Le poids a augmenté.

OBSERVATION XLIV

Péritonite tuberculeuse localisée. Guérison.

(*Idem.* Traduction inédite.)

Anna W..., 25 ans.

Père mort de phtisie. Mère et deux sœurs bien portantes. Traitée en mars 1885 pour un exsudat péritonéal avec douleurs périombilicales, anorexie, volume du ventre considérable. La malade quitta l'hôpital ne gardant plus que de la sensibilité dans la partie inférieure du ventre.

Plus tard elle sentit de la résistance dans la région ombilicale, qui a disparu depuis. De temps en temps douleurs en urinant. Urines claires. Régée irrégulièrement. Pas de pertes blanches.

Depuis un mois faiblesse, lipothymis, frissons, anorexie, douleurs dans l'abdomen surtout à gauche.

ÉTAT ACTUEL. — Bon état général. Mais fièvre à type irrégulier. Pouls : 104.

Micropolyadénopathie dans les aines.

Expiration rude au sommet. Cœur : 0.

Abdomen un peu augmenté de volume. Palpation douloureuse dans la région ombilicale sans résistance manifeste. Dans les flancs deux bandes mates ; sur la ligne médiane juste au-dessus de la symphyse une masse ronde et résistante très sensible à la pression. La cuisse gauche est nettement œdématisée. Utérus en contreflexion. Dans le cul-de-sac gauche résistance et douleurs à la pression. Pas de pertes. Urine : 0.

Diagnostic. — Péritonite tuberculeuse à point de départ génital.

Évolution. — Amélioration spontanée.

Le 20 janvier 1901. — Quatre années après son départ de l'hôpital état stationnaire, puis rétablissement progressif. Mariée depuis cinq ans sans enfant.

OBSERVATION XLV

Pelvi-péritonite tuberculeuse.

(*Idem.* Traduction inédite.)

Marie T..., 20 ans.

La malade souffre depuis quelques années d'une grande faiblesse. Perte d'appétit. Le ventre gros par alternatives. Depuis avril il reste gonflé.

Mal réglée depuis un an.

ÉTAT ACTUEL. — Rien aux poumons ni au cœur. Abdomen augmenté de volume, non résistant à la pression. Matité des

parties déclinées dans le décubitus dorsal jusqu'à l'ombilic. Quand on change de position fluctuative.

Au chloroforme on a le col petit, ferme, le corps utérin quelque peu tourné à droite, mobile.

Dans le cul-de-sac postérieur on sent quelques résistances irrégulières et mobiles.

Diagnostic probable :

Début de tuberculose péritonéale.

OPÉRATION — Double salpingite avec tuberculose diffuse sous le péritoine tant pariétal que viscéral. Il semble, que des trompes et des ovaires hypertrophiés sortent comme une masse des granulations tuberculeuses nombreuses. Ablation des trompes. Réunion.

Les premiers jours 37°. Vomissements rares. Bon poulx, pas de douleurs. Bientôt amélioration, suppression des douleurs. L'abdomen au premier pansement reste encore gros ; à gauche un peu mat sans résistance. A gauche dans le douglas une résistance légère.

Revue le 12 décembre 1900. — Cette malade est tout à fait bien portante. Elle a eu quelques troubles nerveux, pas de douleurs abdominales, selles peut-être un peu fréquentes. Le poids du corps a augmenté. Pas de toux.

OBSERVATION XLVI

Péritonite localisée dans la fosse iliaque. Guérison.

(Idem. Traduction inédite.)

Elise P..., 10 ans.

ANTÉCÉDENTS. — Oncle paternel mort de phtisie, Malade bien portante jusqu'au début 92. Perte de l'appétit, perte du poids.

En février céphalée et fièvre pendant quelques jours. En juin douleurs diffuses, surtout marquées dans les régions ombilicales.

Évolution.

Belle réunion par première intention. Évolution apyrétique.

La matité diminue. Selles toujours diarrhéiques.

Après sa sortie traitée par un charlatan.

Morte le 29 août 1892. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLVII

Péritonite fibreuse localisée. Mort.

(*Idem.* Traduction inédite.)

ANTÉCÉDENTS. — Pas de tuberculose dans la famille. Bien portant jusqu'en décembre 1892. Selles alors irrégulières. Quelque temps après l'abdomen augmente de volume. Douleurs en particulier du côté gauche avec coliques. Celles-ci durent environ une heure et diminuent sans toutefois disparaître. Les selles et, les gaz apportent peu d'adoucissement. Un seul vomissement, à la suite de l'absorption d'un médicament. Amaigrissement céphalée intense, aggravation rapide.

ÉTAT ACTUEL. — Malade assez grand, un peu bossu. Très maigre.

Langue sale. Diarrhée. Pouls 92, régulier. Température normale. Souffle mitral au cœur.

Poumon : expiration prolongée avec inspiration affaiblie abdomen assez gros. La vessie vidée on trouve une matité absolue et une résistance très nette, élastique, diffuse, avec limites indécises aux côtés du ventre à gauche et en bas. Légère sensibilité à la pression seulement autour de l'ombilic.

Évolution : après un lavement et une purgation sortie de selles sans sang ni pus. La matité révèle à gauche une grosse masse.

Le décubitus dorsal ne la fait pas changer de place.

Malgré les purgatifs l'abdomen reste toujours gros.

Traitement par la créosote.

Non revu.

Mort probablement à l'étranger.

OBSERVATION XLVIII

Péritonite tuberculeuse à double foyer. Mort.

(*Idem.* Traduction inédite.)

ANTÉCÉDENTS. — Père soupçonné de tuberculose, sœur souffre d'une affection chronique du coude.

Lui-même faible avec des conjonctivites fréquentes, un gros ventre. Il souffrait souvent de douleurs dans le bas ventre ; avait parfois des vomissements et de la diarrhée.

Depuis cinq semaines sensible aggravation des douleurs ou vomissements, ventre augmentant de plus en plus, très sensible à la palpation. Après médication interne et compresses glacées les douleurs diminuent un peu.

ÉTAT ACTUEL. — Pâle, léger eczéma du nez, grand amaigrissement. Rachitique. A droite : sommet du poumon mat, à gauche quelques bacilles humides.

Gros ventre très ballonné. A la palpation contracture intestinale. A la percussion, matité seulement dans la région lombaire gauche où l'on délimite une masse.

La palpation dans la fosse iliaque droite révèle une résistance

sensible à la pression. Par le toucher rectal on trouve une masse élastique qui repousse l'intestin contre le bassin.

L'enfant est emmené par ses parents.

Revu le 17 décembre 1900. — Bientôt après la visite, il meurt chez lui. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLIX

Péritonite tuberculeuse localisée.

(*Idem.* Traduction inédite.)

Clara B..., 17 ans.

ANTÉCÉDENTS. — Dans la famille plusieurs cas de tuberculose. Toujours faible avec des troubles gastriques depuis quelques années. Filets de sang il y a un an dans des selles. Défécation et miction douloureuses. Pertes blanches douloureuses.

Depuis trois ans troubles pulmonaires : toux, fièvre et douleurs vives au sternum. Il y a un an, maladie avec vomissement, diagnostiquée pleurésie par un médecin.

Régulée depuis trois ans. Depuis l'affection pulmonaire plus de troubles des règles, Au mois de novembre dernier très forte hémorragie avec apparition d'une augmentation de volume du corps, gaz et selles normales, sorties d'urines plus fréquentes. Vomissements souvent à midi et le soir.

Douleurs dans la région rénale ; il y a quatorze jours l'urine devint trouble. Selles et gaz normaux.

Depuis quatorze jours plus de vomissements mais tension et sensation de plénitude. Dans les derniers temps boborygmes et gargouillements.

ÉTAT ACTUEL. — Très pâle. Urine riche en indican.

Poumon normal. Expirations prolongées aux deux poumons. Inspiration un peu soufflante. Pas de râles.

Abdomen très gros. Matité absolue de l'ombilic à la symphyse. Elle se prolonge à trois travers de doigt en dehors de ligne médiane.

A gauche la matité va dans la ligne mammaire, se prolonge jusqu'à la ligne axillaire où on entend de nouveau la sonorité intestinale.

Cette limite varie un peu dans le décubitus dorsal. Pas de résistance à la palpation.

Toucher vaginal: utérus en plein. A gauche de l'utérus tumeur située en dehors manifestement du corps de l'utérus mais couchée contre lui.

Diagnostic. — Péritonite tuberculeuse localisée.

OPÉRATION. — Laparotomie. Sérosité louche.

Les viscères sont recouverts de fausses membranes avec produits caséeux néopervi. Il y a aussi une poche qui se prolonge au bas et à gauche où elle se laisse décoller et remonte en haut jusque vers le diaphragme. Les intestins et les organes génitaux sont couchés sous ces lésions fibreuses. On ne les regarde pas.

Le 9 janvier 1901 on a appris qu'elle était morte deux ans avant. Pas d'autopsie.

OBSERVATION L

Péritonite tuberculeuse localisée prise pour un sarcome de l'ovaire. Laparotomie. Guérison.

(*Idem.* Traduction inédite.)

Mlle B. J..., 15 ans 1/2.

ANTÉCÉDENTS. — Sa grand'mère maternelle est morte de phthisie. Tous ses autres parents sont bien portants.

Depuis cinq à six mois souffre de vomissements, surtout la nuit. Vomissements jaune brunâtres sans parcelles alimentaires ni sang. Selles toujours régulières. Au mois d'octobre 1898 crise de douleurs gastriques. Depuis lors elle souffre presque toujours. Elle a maigri de six kilos en quatre semaines. Réglée depuis le mois de mai faiblement mais régulièrement.

ÉTAT ACTUEL. — État général assez bon, malade un peu délirante. Rien aux poumons ni au cœur. L'abdomen au-dessous de l'ombilic est sensiblement augmenté de volume et soulevé par une tumeur assez nette qui de l'ombilic aboutit derrière la symphyse.

De même elle vient jusqu'au niveau du rectum où on la sent. Elle se trouve absolument immobilisée, de ce côté, peu sensible à la pression.

De consistance élastique partout semblable, elle est bien facile à sentir au niveau du derme vaginal. Le col mou est tourné directement en bas, l'utérus un peu mobile est en antéflexion. La tumeur se laisse déplacer par en haut ; elle est régulière et molle. On peut la suivre à deux travers de doigt au delà de l'ombilic.

Diagnostic. — Sarcome de l'ovaire avec réserves de péritonite tuberculeuse.

OPÉRATION le 5 janvier 1899. — Laparotomie médiane de la symphyse à l'ombilic. On tombe sur une grosse masse accolée à des anses intestinales. Elle se laisse décoller de place en place vers la droite et jusqu'au bas.

On peut décortiquer une membrane bien isolée et on tombe sur une grosse masse d'anses grêles accolées.

Il n'y a ni tubercules, ni dépôt caséeux, ni ganglions. C'est cependant vraisemblablement une péritonite adhésive de nature tuberculeuse. Les intestins sont libérés de leurs adhérences.

Evolution.— Pendant les premiers jours la malade vomit quelques matières fécales et a un peu de fièvre. La plaie guérit très bien par première intention. Les vomissements cessent bientôt et un lavement provoque une selle.

Quand on retire le pansement plus rien d'anormal à la percussion ni à la palpation. Le ventre est encore très légèrement gonflé. Urines et selles normales.

Inoculation à l'anorinal négative. Examen histologique positif.

Revue le 18 février.— Elle a changé d'aspect. L'abdomen est plat le ventre est dépressible. Seule, à droite de l'ombilic, est encore une petite sensation de résistance. Autour de l'utérus les tissus sont redevenus mous.

Revue le 3 janvier 1901.— En bon état. Appétit excellent, poids du corps augmenté depuis l'opération de 17 kilos. Aucun trouble abdominal ni génital. De temps en temps quelques douleurs.

OBSERVATION LI

Péritonite tuberculeuse localisée.

(*Idem.* Traduction inédite.)

ANTÉCÉDENTS.— Mère sans doute morte de tuberculose. Au début de l'année la malade remarque que son ventre est gonflé. En même temps rétention d'urine et brûlures à la miction, perte de l'appétit, sentiment de faiblesse et légère dyspnée. Dans le ventre on n'a qu'une sensation de tension sans douleur appréciable. Alternatives de diarrhée et de constipation. Jamais de sang dans les selles. Vomissements seulement après des repas lourds.

Traitement médical avec repos au lit et médication interne. Le malade urine beaucoup. Au début de mars catarrhe pulmonaire, fièvre à 39°. Cela dure un mois. Dans les derniers temps souvent sueurs nocturnes.

ÉTAT ACTUEL. — Aspect phthisique ; pâle, avec des joues colorées. Un peu d'œdème bimalléolaire bilatéral. Température normale. Pouls 108, régulier. Urine sans albumine. Poumon : en bas et à gauche, au niveau de la septième dorsale, matité et murmure vésiculaire un peu diminué sans râles.

Abdomen assez épais et gros surtout dans la région hypogastrique. Matité à cet endroit. Dans tout le reste du ventre tympanisme.

La palpation montre une tumeur qui de la symphyse s'étend jusqu'à quatre travers de doigt de chaque côté. Elle n'est pas nettement délimitable mais fixée.

Diagnostic. — Tuberculose péritonéale avec réserve.

Pleurésie gauche.

OPÉRATION le 17 juin 1899. — Incision médiane. Fort épaissement du péritoine avec dépôts caséeux et fibrineux. On tombe sur une grande cavité jusque dans le petit bassin avec beaucoup de liquide séro-sanguinolent. Derrière, les intestins se présentent comme une tumeur recouverte d'une membrane granuleuse épaisse qui ne se laisse pas décoller. La cavité est évacuée et on y verse trente grammes de glycérine iodoformée.

Évolution. — L'abdomen d'abord un peu gros. Nausées et légère élévation de température. Au poumon en bas et à gauche frottement pleural.

Le troisième jour, abondante évacuation par les selles, et l'abdomen diminue. Encore un peu de fièvre la nuit suivante. On

a de ses nouvelles la 10 janvier 1901. La malade est morte le 2 août 1899.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION LII

Péritonite tuberculeuse localisée.

(*Idem.* Traduction inédite).

Jacob S..., 34 ans.

ANTÉCÉDENTS.— Parents encore vivants. Frères et sœurs tous-
sent un peu.

Le malade au mois de mars 1900 a eu des douleurs aiguës au côté droit de la poitrine, de la toux, de la fièvre, un léger épanchement pleural. Quelques jours après douleurs dans l'abdomen surtout à droite, les douleurs durent pendant tout l'hiver avec une intensité croissante. A la fin de l'hiver il va un peu mieux. Depuis quatre semaines sans cause appréciable les douleurs se ravivent et sont atroces surtout dans la région ombilicale, après les repas. L'abdomen est un peu gros et il y a souvent des coliques. De temps en temps crises de douleurs aiguës qui disparaissent bientôt.

Le malade est pris de contractions pénibles accompagnées d'émission de gaz. Les crises surviennent toujours après le repas. Souvent sensation comme si tout se déplaçait vers le haut. Goût très amer dans la bouche. Très fréquentes éructations, pas de vomissements. Toujours constipé.

Urines claires. Jamais d'ictère. Quelques rares crachats sanguinolents. Depuis décembre sueurs nocturnes profuses.

ÉTAT ACTUEL.— Homme grand, amaigri. Peu d'expectoration.

Température normale. Pouls 90, régulier. Urines normales. Cœur normal.

Poumons : exsudat pleural à gauche. Matité en bas depuis la septième cervicale en arrière. Gros râles avec inspiration rude au sommet et légère matité. L'abdomen est légèrement gros en bas. A gauche matité remontant assez haut.

Le toucher rectal et la recherche des selles et des urines sont négatifs. Sous le chloroforme on sent au niveau de la zone de matité un épaississement mollasse, large de deux travers de doigt. A droite est une très petite tumeur mate et dure.

Le reste de l'abdomen est mou.

Diagnostic. — Péritonite tuberculeuse.

OPÉRATION, Le 21 juin 1900. — Laparotomie. Péritoine très épaissi avec multiples dépôts recouvrant la face interne. Sur la séreuse intestinale, petits dépôts analogues. Vers la ligne médiane se trouve une adhérence entre une anse intestinale et le péritoine pariétal. On les détruit. Peu d'épanchement. Lavage à l'eau salée. Fermeture.

Évolution. — Ici et là de temps en temps quelques petites douleurs. L'abdomen est un peu gonflé, n'est plus sensible. Dans les parties déclives, légère submatité. On voit sur le ventre des badigeonnages au thioral et à l'iontyol.

Examen histologique positif.

Revue le 20 décembre 1900. Amélioration manifeste depuis la sortie de l'hôpital. Selles régulières. Très peu appétit.

En octobre, 2 kilos, en novembre 3 kilos d'augmentation.

Il se porte très bien.

OBSERVATION LIII

Péritonite tuberculeuse localisée avec symptômes urinaux

Laparotomie. Guérison.

(Idem. Traduction inédite.)

Karl S..., 18 ans.

ANTÉCÉDENTS. — Rien au point de vue héréditaire. Malade l'année dernière : mictions brûlantes et douloureuses, très fréquentes. Pendant une semaine urines troubles avec sédiment épais. Après huit jours, urines de nouveau claires, trois jours après urines de nouveau troubles. Tout cela sans fièvre.

Maigrissement, perte de l'appétit. Toujours envie d'uriner. Le malade se lève plusieurs fois la nuit. Les selles semblent normales. Aucun trouble apparent ailleurs. Pas de toux ni de crachats. Dans les derniers temps, sentiment de fatigue, d'oppression du côté droit surtout quand il se tient debout.

Le malade a déjà eu des crises analogues il y a sept et dix ans et toujours il y avait des troubles urinaires.

ÉTAT ACTUEL. — Sur l'abdomen circulation veineuse collatérale. Température normale. Langue sale. Pouls rapide, régulier, bien frappé.

Urine légèrement albumineuse avec un épais dépôt sans cylindres et contenant quelques cellules colloïdes.

Thorax petit. Cœur à matité normale avec souffle systolique à la pointe. Poumon normal.

Abdomen légèrement gonflé, fortement tendu à la pression. A l'ombilic et dans la région iléo-cœcale légère résistance. Des deux côtés petits ganglions inguinaux.

Par le toucher rectal on sent au loin, surtout à droite, une résistance nette. Prostate normal.

Après évacuation de la vessie la matité plus petite. Mais dans les parties déclives de chaque côté la matité est encore assez nette.

Évolution. — *Expectation.* Il ne semble pas qu'il y ait lieu d'intervenir.

Revue le 20 mai 1901.

Pâle, souffre toujours de douleurs gastriques.

Le catarrhe vésical a disparu.

OBSERVATION LIV

Pelvi-péritonite tuberculeuse.

(BROUARDEL.)

Il s'agit d'une jeune fille très lymphatique, jouissant habituellement d'une bonne santé. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise sans cause connue, de douleurs dans le bas-ventre, avec sensation de pesanteur et difficulté dans la marche.

Elle arriva à Saint-Louis avec de la décoloration des téguments et des symptômes de chloro-anémie très prononcée, de l'abattement, les traits tirés, une soif vive, des nausées fréquentes sans vomissements, de la constipation, le ventre ballonné et très sensible à la pression. A deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic commençait une tumeur s'étendant jusqu'au pubis, régulièrement arrondie et plongeant dans le petit bassin. Le toucher vaginal faisait constater un effacement complet du col, dont on ne trouvait que l'orifice, dans le cul-de-sac antérieur

comme dans le postérieur ; on sentait un léger empâtement. Au toucher rectal on trouvait une saillie considérable de la tumeur dans la concavité du sacrum et surtout près de l'angle sacro-vertébral.

A l'autopsie, les anses intestinales étaient parfaitement saines dans toute la partie supérieure de l'abdomen, sur un plan passant exactement par les bords internes des muscles spoas, il existait des adhérences étroites que l'on déchira avec peine et qui établissaient une délimitation très nette entre l'excavation du bassin et le reste de la cavité abdominale. Dans cet espace on trouve, outre une quantité considérable de pus, une petite quantité de matières fécales qui paraissait avoir pénétré par une perforation trouvée sur l'une des anses intestinales réunies par des adhérences. Au-dessus de cette masse, on trouvait comme un second étage formant une cavité presque entièrement close et communiquant d'une part par un très petit pertuis avec le kyste purulent dont il vient d'être question, et d'autre part par une ouverture un peu plus large avec le rectum. En disséquant cette poche, qui avait la grosseur du poing environ, et dont l'enveloppe, d'une inégale épaisseur dans les différents points de son étendue, présentait à sa surface interne une apparence tomenteuse, on trouva que cette partie de la tumeur était constituée par l'ovaire du côté droit, qui, distendu par un liquide purulent, paraissait avoir basculé, en vertu de son propre poids, dans le cul-de-sac recto-utérin. C'est cette même poche qui, étroitement unie au rectum, avait été déchirée par le doigt du chirurgien et avait donné issue à un flot de pus.

En résumé, la tumeur pelvienne qui fait l'objet de cette observation était constituée par deux parties : 1° l'ovaire droit dilaté ; 2° un kyste adventice formé aux dépens du péritoine et

devant vraisemblablement son existence à ce qu'une certaine quantité de pus avait fui de l'ovaire malade dans la cavité péritonéale, et là avait donné naissance à des adhérences consécutives. L'ovaire gauche présentait des lésions manifestes de tuberculose et, étant donné ces lésions pulmonaires on pouvait supposer qu'il s'agissait de tuberculose ovarienne avec kyste péritonéal secondaire.

OBSERVATION LV

Pelvi-péritonite tuberculeuse.

(BROUARDEL, Th. 1865. Résumée.)

Il s'agit d'une femme accouchée régulièrement, il y a cinq à six mois, les suites de couches ont été normales. Les accidents, suivant le récit de la malade, datent de quatre mois à peu près, ils sont survenus, sans cause connue, à la suite des règles ; le ventre est devenu douloureux et a offert un ballonnement assez considérable qui a persisté pendant quelques jours, puis a disparu lorsque les douleurs ont diminué. Depuis cette époque les douleurs abdominales, à deux reprises, ont recouvré tout à coup une intensité semblable ou plus grande que celle qu'elles avaient offertes au début ; le ventre s'est de nouveau ballonné, puis a cessé de l'être au bout de quelques jours, en même temps que les douleurs se sont amendées. Ces deux recrudescentes se sont produites toutes deux quelques jours après les règles ; la dernière a eu lieu il y a quinze jours.

On trouve dans cette région une tumeur douloureuse à la pression, dure, parallèle au ligament de Fallope, qu'elle dépasse d'un travers de doigt seulement, et qui se trouve en connexion

intime avec l'induration que le toucher fait constater dans le cul-de-sac vaginal droit.

Cette exploration fait reconnaître que l'utérus est légèrement dévié, dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, mobile, mais que les mouvements qu'on lui imprime sont douloureux. Le cul-de-sac vaginal antérieur est souple ; le cul-de-sac gauche est libre, le cul-de-sac postérieur présente une légère saillie qui paraît constituée par le corps de l'utérus en rétroflexion. Le cul-de-sac droit, souple dans sa partie externe, offre, accolée au bord correspondant de l'utérus, une tumeur dure, bosselée, dont la partie accessible au doigt offre le volume d'une noix, et qui paraît se confondre supérieurement avec la tumeur perçue dans la fosse iliaque droite.

La malade, dont les symptômes péri-utérins n'ont présenté que quelques alternatives d'amendement et de recrudescence, s'affaiblit graduellement, et succombe le 10 avril 1861, aux progrès de sa tuberculisation pulmonaire.

AUTOPSIE. — Excavations tuberculeuses aux sommets des deux poumons, tubercules ramollis dans le reste de leur étendue. Le péritoine tant viscéral que pariétal est parsemé de granulations miliaires tuberculeuses ou plastiques, du volume d'une tête d'épingle vers la partie inférieure de la passe antérieure de l'abdomen. La matière tuberculeuse devient plus abondante ; elle forme dans l'épaisseur du péritoine de petites masses aplaties qui occupent en ce point presque toute l'étendue de la séreuse, et se prolongent avec elle jusque sur le fond de l'utérus. Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin a disparu par suite du dépôt des produits plastiques dont il est rempli.

Les trompes étaient manifestement tuberculeuses.

OBSERVATION LVI

Péritonite tuberculeuse nettement localisée au petit bassin.

(TALAMON. *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1878).

(Résumée).

Marie T..., 6 ans, entre le 17 avril 1878 dans le service de M. Triboulet présentant les symptômes d'une méningite tuberculeuse à la deuxième période et des signes nets de tuberculose pulmonaire. L'abdomen était plat, flasque et un peu douloureux à la palpation dans son ensemble... Les phénomènes abdominaux avaient dû présenter quelque chose de spécial, puisque le médecin avait parlé d'inflammation de la vessie, mais rien de précis ne fut confirmé sur ce point. L'évolution fut très rapide et la mort survint en six jours.

AUTOPSIE.— Lésions de méningite tuberculeuse, pleurale pulmonaire.

Quelques légères lésions de l'intestin et des ganglions mésentériques.

Le péritoine abdominal est sain ; on n'y voit en aucun point ni exsudat ni tubercules ; les anses intestinales sont libres. C'est en arrivant seulement au détroit supérieur qu'on constate l'existence d'adhérences cellulaires qui réunissent une anse du petit intestin à l'S iliaque et à la vessie. Ces adhérences, peu résistantes d'ailleurs, étant dissociées avec le doigt, on tombe sur une poche remplie de matière purulente et formée par le cul-de-sac recto-utérin dilaté. Cette poche est, en effet, limitée en arrière par le rectum, en avant par la vessie et l'utérus, latéralement par les parois pelviennes, en haut par l'S iliaque et l'anse

intestinale formant couvercle. Le péritoine sur tous ces organes est fortement épaissi, de coloration noirâtre, tapissé d'exsudats épais, de consistance et d'apparence caséeuses. Le contenu de la poche est un liquide purulent, épais, en quantité assez notable, deux cuillerées à bouche à peu près.

Aucune perforation ni de l'S iliaque, ni du rectum, ni de l'anse intestinale adhérente.

Au contraire lésions remarquables des organes génitaux : utérus très gros, rempli de liquide muco-purulent. Trompes oblitérées. Les ovaires sont entourés d'exsudats épais. Ces exsudats enlevés, ils apparaissent bosselés et gros, et sont transformés en une masse caséeuse.

L'examen histologique pratiqué par M. Doléris montre la nature tuberculeuse de toutes ces lésions.

OBSERVATION LVII

Pelvi-péritonite tuberculeuse prise pour un kyste de l'ovaire.

(KÖNIG rapportée par KÜMMEL).

Dans un autre cas Kœnig constata un ventre souple mais à gauche une tumeur élastique du volume du poing d'un enfant. Par le toucher vaginal et rectal on se rendit compte du volume de la tumeur que l'on put délimiter.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

A l'opération on trouva une péritonite tuberculeuse qui s'améliora grandement au bout de quelques jours.

Laparotomie le 30 décembre.

Adhérence vésicale. Semis de granulations. En plongeant la main pour aller à la recherche des annexes, l'utérus est aplati et refoulé contre la vessie.

Les annexes gauches sont englobées dans les adhérences. A droite on peut isoler l'ovaire. Tout est recouvert de granulations tuberculeuses.

Lavage à l'eau bouillie. Fermeture.

Suites opératoires excellentes. Le 15 janvier la malade se leva, le 22 elle n'éprouvait plus aucune douleur, le 24 elle partit guérie.

OBSERVATION LVIII

Péritonite tuberculeuse localisée prise pour un sarcome de la paroi. Laparotomie. Forme sèche. Guérison.

(TERRILLON, *Semaine médicale* du 15 mai 1890.)

Jeune fille de 18 ans. Elle avait un ventre saillant, volumineux et à la palpation aussi bien qu'à la percussion on avait la sensation d'une tumeur solide, adhérente à la paroi abdominale. Je pensai à un sarcome développé dans cette paroi et me décidai à pratiquer la laparotomie.

La paroi abdominale était anormalement vascularisée, très saignante. J'arrivai sur le péritoine épaissi et adhérent. Il formait une sorte de plastron de l'épaisseur de la main, composé d'un tissu de fausses membranes infiltrées de granulations tuberculeuses ; je l'incisai largement. Je cherchai ensuite à séparer les fausses membranes qui agglutinaient entre elles les anses intestinales mais je ne pus y parvenir. Je dus refermer le ventre, *peu satisfait, je l'avoue, de mon intervention.*

Les suites opératoires furent bénignes ; le quinzième jour la malade se levait. Au bout de vingt-deux jours elle partait pour la campagne.

Je pensais qu'elle avait dû bientôt succomber aux progrès de cette affection, quand j'appris un an après par son médecin que la malade allait beaucoup mieux. Au bout de dix-huit mois elle venait me voir à la Salpêtrière et je constatais, à ma grande surprise, qu'elle était absolument guérie. Le ventre était souple et paraissait absolument normal.

OBSERVATION LIX

*Péritonite tuberculeuse localisée prise pour un
kyste rétro-vésical (?)*.

(In Thèse ROSAL).

Rosal rapporte l'histoire d'un malade qui fut opéré dans le service de M. le professeur Guyon pour un « kyste rétro-vésical ». Il y avait une ancienne histoire d'urétrite. On lui trouve une péritonite tuberculeuse avec ascite localisée dans le Douglas. Tout fut refermé et le malade guérit parfaitement.

OBSERVATION LX (Obs. III de la thèse de ROSAL).

*Pelvi-péritonite tuberculeuse opérée avec le diagnostic
de pyosalpinx double.*

M^{me} B..., 29 ans, ancienne couturière, entre à l'hôpital international, le 1^{er} octobre.

ANTÉCÉDENTS. — Un frère mort de tuberculose pulmonaire.

Réglée d'abord irrégulièrement puis mieux ensuite. Mariée depuis quelques années. Elle tousse de temps en temps.

Il y a trois ans atteinte d'une pleurésie gauche avec épanchement considérable qui l'a tenue malade une année.

L'année suivante tout s'améliore.

Vers la fin de mars atteinte d'une métrite de nature proba-

blement blennorrhagique avec leucorrhée et douleurs qui n'ont jamais complètement disparu.

Pas d'enfants ni de fausses couches.

Il y a six semaines étant en promenade à la campagne, prise dans la soirée de frissons, de sueurs abondantes et de fièvre; ses douleurs augmentèrent considérablement et tout le bas-ventre devint douloureux. A noter une augmentation subite du ventre qui obtint son maximum de grosseur en quarante-huit heures. Puis le ventre diminue et en arrivant à Paris: *la malade ne consulte que pour ses douleurs abdominales.*

Le 1^{er} octobre 1893. — Lorsqu'on examine la malade on constate un amaigrissement notable. Pas de fièvre ni de sueurs nocturnes; à l'auscultation quelques lésions du reste superficiellement examinées.

La palpation du ventre est indolore et la pression au niveau des annexes n'est sensible qu'à gauche. Le toucher montre l'utérus légèrement fixé. Dans le cul-de-sac latéral gauche on trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur est irrégulière, bilobée, adhérente au pelvis et est difficile à mobiliser. Par la palpation bi-manuelle pas de fluctuation à droite, on trouve, à l'union du cul-de-sac latéral et du cul-de-sac postérieur une tumeur du volume d'une noix, accolée à l'utérus et également adhérente au pelvis. Rien dans le cul-de-sac postérieur.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double avec lésions plus marquées à gauche. En tenant compte des anamnestiques on n'hésite pas à penser que la blennorrhagie a été le point de départ des accidents.

Opération. — Laparotomie pratiquée le 4 octobre par M. le Dr Delaunay. Au moment où on arrive sur le péritoine parié-

tal on voit qu'il est considérablement épaissi et présente une coloration brun-noirâtre. Une fois l'incision du péritoine faite, il s'écoule deux verres d'ascite. On remarque alors que les anses intestinales agglutinées sont couvertes d'un semis de granulations tuberculeuses, il en est de même du péritoine pariétal.

Ces lésions sont plus marquées au niveau du petit bassin. Lorsqu'on introduit la main pour aller à la recherche des annexes on s'aperçoit que le fond de l'utérus est également granuleux et que les anses intestinales forment avec les annexes une masse tellement compacte et si solidement adhérente qu'il est impossible de les séparer.

On laisse les annexes en place. Lavage abondant de la cavité abdominale. On met un Mikulicz dans le cul-de-sac postérieur. Fermeture du ventre par trois places.

Les suites de l'opération sont excellentes, la température oscille aux environs de 37° ; le Mikulicz est retiré le deuxième jour.

Quatre ou cinq jours après l'opération la malade dit se trouver bien mieux et être en mesure de pouvoir se retourner dans son lit sans éprouver de douleurs, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant.

Elle quitte l'hôpital le 22, seize jours après l'opération considérablement améliorée.

La malade a été revue le 8 janvier 1894.

Elle dit se trouver de mieux en mieux, ne plus souffrir que très peu du ventre au point de se croire guérie et être très satisfaite de l'opération, son abdomen est de volume normal, elle ne souffre presque plus du ventre.

Son appétit s'est maintenu excellent depuis sa sortie de l'hôpital.

Son aspect est celui d'une personne tout à fait bien portante et elle a notablement engraisé.

OBSERVATION LXI

Pelvi-péritonite tuberculeuse.

(In Thèse ROSAL).

ANTÉCÉDENTS. — En octobre 1892 pleurésie avec épanchement. Ses règles deviennent alors plus abondantes. Le 2 janvier 1893 hémoptysie. Aucun antécédent blennorrhagique ni puerpéral. En mai tiraillements accompagnés de douleurs aiguës. En octobre ballonnement considérable. Diagnostic : kyste de l'ovaire par le médecin. Puis tout cela s'apaise. D'autres médecins diagnostiquent salpingite.

ÉTAT ACTUEL. — Douleur dans la fosse iliaque gauche et surtout dans la droite. Dans le cul-de-sac latéral droit au toucher corde étendue de l'utérus enclavé au pelvis sur laquelle on perçoit des nodosités se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur.

Empâtement diffus dans le cul-de-sac latéral droit.

Douleurs lombaires dans les membres inférieurs.

M. Tillaux porte le diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse avec salpingite droite.

OBSERVATION LXII

Péritonite tuberculeuse prise pour un pyosalpinx. Laparotomie. Amélioration légère.

(MAYO ROBSON. Cité dans la thèse de MAURANGE, 1889.)

A. S..., 31 ans, entre à l'hôpital au mois d'avril 1884, en proie à des douleurs pelviennes remontant à quelques mois. L'état

général est très mauvais ; il y a des sueurs nocturnes. A l'examen on trouve dans la cavité abdominale, à gauche, une tumeur pelvienne qui est diagnostiquée : pyosalpinx gauche.

Laparotomie le 24 mai. — Les anses intestinales sont fortement agglutinées, l'épiploon fort adhérent à la paroi, le péritoine est criblé de granulations miliaires ; la tumeur ne peut être enlevée à cause de son adhérence avec les masses intestinales. Lavage et suture

Amélioration rapide bien que l'abcès pelvien n'ait pu être évacué.

Douze jours après on fait dans le cul-de-sac latéral gauche une ponction exploratrice qui donne issue à 3 centimètres cubes d'un liquide fétide. La malade se rétablit très vite et put bientôt reprendre ses occupations domestiques.

Quelques mois après la santé n'était pas très favorable, mais on ne peut avoir d'autres nouvelles.

OBSERVATION LXIII

Malade ayant des crises d'obstruction. Diagnostic. Tumeur intestinale ou annexielle. Laparotomie. A l'autopsie péritonite tuberculeuse.

(De PROCHAVNIK, rapportée dans Th. Elmassian, 1890.)

Malade qui n'a pas d'antécédent héréditaire ni personnel de tuberculose. Souffre depuis quatre mois dans le ventre du côté droit. A ce moment aménorrhée, et depuis trois semaines elle sent une tumeur dans le côté droit du bas-ventre, les douleurs augmentent. Une diarrhée survient alternant avec de la constipation, la malade perd l'appétit et maigrit. Accès de coliques

qui disparaissent avec la douleur. Un peu d'ascite ; ganglions inguinaux engorgés. Dans la fosse iliaque droite on constate une tumeur arrondie, de la grosseur d'un œuf de poule. On hésite entre une tumeur de l'intestin et une tumeur des annexes.

Laparotomie. — Le péritoine est couvert de granulations, surtout au niveau de la fosse iliaque droite ; le cœcum dont les parois sont épaissies et dures, est adhérent au feuillet pariétal du péritoine et aux annexes droits de l'utérus ; si l'on essaie de rompre ces adhérences, celles-ci se déchirent facilement et donnent issue à une certaine quantité de pus. Après avoir suturé les surfaces déchirées, on soulève les ganglions mésentériques et on ferme la plaie opératoire. Cinq jours après l'opération, mort.

AUTOPSIE. — Petite quantité d'ascite sanguinolente. La lésion tuberculeuse est constatée du côté droit de l'utérus ; dans l'ovaire plusieurs petits foyers purulents ; la trompe enflammée, adhérente, contient du pus. L'examen bactériologique démontre la présence de bacilles tuberculeux dans les ganglions mésentériques et les annexes de l'utérus.

OBSERVATION LXIV

(Du même.)

Péritonite tuberculeuse manifestée par deux grosses tumeurs abdominales d'apparence utéro-annexielles.

Malade ayant perdu son mari un an auparavant de tuberculose pulmonaire et dont les antécédents génitaux sont chargés, (deux accouchements normaux et deux fausses couches).

Depuis quinze mois métrorrhagies pour lesquelles curettage et colporraphie.

Presque tout de suite après l'opération le ventre augmente de volume, des douleurs surviennent, surtout du côté droit du ventre et la malade maigrit.

Par le palper on trouve dans le côté droit du ventre une tumeur qui présente les caractères d'un utérus gravide au cinquième ou sixième mois et une certaine quantité d'ascite ; du côté gauche on trouve une tumeur de la grosseur d'une orange jouissant d'une certaine mobilité à son côté gauche ; sa partie droite est fixée par des adhérences. L'utérus légèrement antifléchi est facile à limiter. La température remonte le soir à 39°. Les ganglions inguinaux sont engorgés. Urines normales. Pas de toux.

Laparotomie le 20 novembre 1886. Le péritoine est parsemé de tubercules. La tumeur du côté droit se trouve entre un paquet intestinal d'une part et les annexes de l'utérus de l'autre ; la trompe et l'ovaire sont adhérents et portent des îlots de tubercules ; ces adhérences difficiles à rompre laissent écouler du pus vert jaunâtre. Du côté gauche l'opération parvient à rompre les adhérences ; nettoyage avec des éponges aseptiques et suture de la plaie.

Suites opératoires bonnes. A la troisième semaine, la malade se lève. Mais bientôt fistule qui communique avec une poche située à droite.

Mort au bout de trois mois.

OBSERVATION LXV (du même).

*Tumeurs ayant l'apparence d'un double pyosalpinx.
A l'opération péritonite tuberculeuse.*

M^{me} Sm..., 43 ans, a eu en 1885 la scarlatine. Après la guérison de cette maladie la malade se sent faible. Depuis huit semaines son ventre grossit, la malade maigrit mais n'a jamais toussé. A eu trois fausses couches.

A la palpation du ventre tuméfaction de chaque côté facile à sentir. Ganglions inguinaux engorgés. Pas d'ascite. L'examen des poumons et du cœur négatif, la malade ne tousse pas. Des pertes purulentes contenant des microorganismes (??) mais ni gonocoques ni bacilles tuberculeux. Utérus petit et en rétroversion. De chaque côté de l'utérus on sent une tumeur assez mobile, rénitente, de la grosseur d'une pomme et qui semble se continuer avec les trompes. Pas de fièvre

Laparotomie le 11 février 1887. Le péritoine est couvert de granulations tuberculeuses, un peu d'ascite. Les deux tumeurs qu'on avait senties en examinant la malade se trouvent intimement unies aux annexes de l'utérus et couvertes également de tubercules ; les anses intestinales voisines sont également envahies par les tubercules.

Sept semaines après l'opération la malade semble guérie. La fièvre réapparaît, une suppuration du rectum survient avec diarrhée profuse. Mort quatre mois après l'opération.

L'examen bactériologique a montré la présence de bacilles.

OBSERVATION LXVI (du même).

*Tumeur de la fosse iliaque droite sans ascite.
Péritonite tuberculeuse.*

Femme de 35 ans n'ayant jamais toussé. Règles régulières. souffre de douleurs d'estomac depuis deux ans et demi ; ces douleurs se sont localisées au côté gauche du bas ventre et puis s'étendent au côté droit. Depuis cette époque la malade s'aperçoit d'une tumeur se déplaçant dans le ventre et la moindre pression exercée sur cette tumeur provoque des crises douloureuses qui durent une ou deux heures.

Malade amaigrie. Rien aux poumons. Urines rares et chargées. Le ventre très peu grossi. Pas d'ascite. Ganglions inguinaux engorgés. A la région cæcale on trouve une tumeur dure de la grosseur du poing s'étendant sur la ligne médiane. Hymen intact. Utérus petit, en rétroversion et fixe. En explorant l'utérus avec deux doigts on sent de chaque côté une tumeur de la grosseur du pouce (?) ; on ne sent pas les ovaires.

Laparotomie le 1^{er} février 1888. Le péritoine, le mésentère et l'intestin sont parsemés de granulations nombreuses, opaques, de la grosseur d'une lentille et de granulations jaunâtres des adhérences du côté droit du bassin et quand on arrive à décoller ces adhérences, le cæcum se présente parsemé de granulations de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une cerise, le cæcum est dévié vers la ligne médiane ; le côlon et l'intestin sont recouverts de tubercules. Les ganglions mésentériques et les ganglions rétro-péritonéaux du bassin sont engorgés ; on remarque de même que les annexes droites de l'utérus et la séreuse

qui recouvre celui-ci sont envahis par les tubercules. L'opérateur, après avoir enlevé plusieurs ganglions mésentériques et quelques tubercules, suture la plaie. Les parties extirpées contenaient des bacilles tuberculeux.

Le 19 mars 1888 la malade sort de l'hôpital très améliorée et dans l'espace de quatre mois elle a augmenté de 9 livres.

Vers le mois de novembre 1888 l'état de la malade commence à empirer, pourtant elle ne s'alita que depuis le mois de février 1889.

!OBSERVATION LXVII

Péritonite tuberculeuse fibreuse localisée à gauche.

Intervention chirurgicale. Guérison.

(GELPKE. Beobachtungen über Tuberkulose Peritonitis.

Traduction inédite.)

S... Emma, 22 ans. Aucun antécédent héréditaire.

Depuis janvier, troubles généraux avec amaigrissement, douleurs à gauche et en bas, perte d'appétit et grande constipation.

TRAITEMENT. — Laparotomie : on trouve du côté gauche une grosse tumeur fibreuse formée d'épiploon et d'anses intestinales agglutinées. Ventro-fixation de l'utérus rétrofléchi. Résection de l'appendice très long.

L'évolution sans trouble. Le 11 avril 1904 est venue : depuis sa maladie pleine d'ardeur au travail et sans troubles.

OBSERVATION LXVIII

*Péritonite tuberculeuse fibreuse et localisée, non opérée.
Guérison.*

(*Idem.* Traduction inédite.)

J... Amélie, 23 ans. 12 mai 1906.

Aucun antécédent notable. A 18 ans pour la première fois pleurésie. Depuis 1902 son abdomen est gonflé. Soignée dix-huit semaines à l'hôpital de Bâle, puis une à Davos d'où elle revient capable de reprendre son travail mais avec beaucoup de douleurs, de vomissements et de diarrhée. Depuis juin 1905 garde lit, a souvent des crises d'obstruction avec violentes contractions péristaltiques et alternatives de diarrhée. Pas de toux.

ACTUELLEMENT : pâle et amaigrie, Rien au cœur ni au poumon. L'abdomen n'est pas gonflé mais sensible à la pression surtout dans la fosse iliaque droite. Dans les parties déclives on sent une résistance diffuse à gauche, à droite une tumeur assez douloureuse grosse comme le poing assez mal limitée.

Diagnostic.— Péritonite tuberculeuse sèche. Évolution : de temps en temps, crampes avec élévation de température et ensuite selles diarrhéiques qui contiennent des fausses membranes.

Traitement médical.— Bientôt amélioré. Elle part le 12 mai 1906. Revue le 15 octobre 1906, se sent bien et travaille.

OBSERVATION LXIX

*Péritonite tuberculeuse prise pour un sarcome de la paroi.
(Idem. Traduction inédite.)*

Il s'agit d'un enfant de 12 ans qui avait une fièvre insignifiante et des douleurs minimales. Il apparut une tumeur de la gros-

seur du poing autour de l'ombilic. On pensait à un sarcome ou à quelque chose de semblable. A la laparotomie on trouva une tumeur formée de débris tuberculeux, d'épiploon et d'intestin ; le cas guérit.

OBSERVATION LXX

Péritonite tuberculeuse prise pour un fibrome utérin.

(*Idem.* Traduction inédite.)

J'observai un cas semblable chez une jeune femme de 30 ans. Elle se présentait avec tous les symptômes et l'aspect d'un fibrome utérin. On trouva à la laparotomie une tumeur tuberculeuse.

OBSERVATION LXXI

Péritonite tuberculeuse de la fosse iliaque droite avec tuberculose du cæcum.

(Communicat. de M. le Pr POIRIER à la Soc. de chirurg. 1898.)

Il s'agit d'un malade qui entra l'an dernier dans mon service d'Ivry présentant, avec une tumeur de la région cæcale, des signes non douteux de péritonite chronique généralisée : je portai le diagnostic : péritonite tuberculeuse d'origine cæcale. Un traitement général combiné à des applications locales d'ichtyol améliora ce malade ; puis la fièvre s'éleva à 39°5 et 39°7, chaque soir en même temps que s'établissait une constipation opiniâtre.

Craignant l'arrêt absolu des matières, j'intervins : une incision iliaque droite me permit de découvrir le cæcum enfoui

sous des couches épiploïques présentant des granulations tuberculeuses de volumes divers; je libérai de mon mieux le cæcum et la partie terminale de l'iléon.

Il me fut impossible de dégager l'appendice des masses tuberculeuses qui l'enserraient; au cours de ces manœuvres, j'ouvris assez largement la grande cavité péritonéale; ses parois et l'intestin présentaient un semis abondant de granulations tuberculeuses; je plaçai un drain et ne fis pas de lavages.

Les résultats de cette intervention parurent d'abord négatifs: la température resta à 37°8 le matin et aux environs de 39 degrés le soir; cependant les garde-robes étaient plus faciles. Sept jours après l'opération, une fistule cæcale s'établit spontanément. A partir de ce jour, la température ne dépassa plus 38 degrés, et l'état général s'améliora à ce point que le malade put quitter le service deux mois après pour retourner dans son pays. A ce moment le ventre était redevenu souple et la tumeur cæcale avait diminué.

OBSERVATION LXXII

Péritonite péri-hépatique enkystée.

(Thèse DESCHAMPS, 1886.)

« Il s'agissait d'un cas où le lobe gauche du foie était fixé au diaphragme par des adhérences fibreuses multiples et résistantes, lésions surtout prononcées à l'endroit où l'extrémité gauche du foie, le sommet de la rate et des masses épiploïques étaient réunies. Ce foyer contenait du pus caséeux du volume d'une grosse noix et était manifestement en communication avec une pleurésie tuberculeuse sous-jacente.

Troisième groupe.

OBSERVATIONS DE TUBERCULOSE PÉRIGASTRIQUE

OBSERVATION LXXIII

(Personnelle. Inédite).

Accidents de sténose pylorique au cours d'une péritonite tuberculeuse. Laparotomie : section d'une bride qui comprime le pylore. Amélioration très légère.

Clotilde P..., 37 ans, typographe, entre le 22 octobre 1906, salle Cruvelhier.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève rien de bien particulier. Son père toujours bien portant a vécu jusqu'à un âge avancé. Une de ses sœurs meurt à 40 ans, paralysée. Sa mère a eu une tumeur blanche du genou.

On ne relève dans ses antécédents personnels que la rougeole étant enfant et une fièvre typhoïde à 11 ans. Bien réglée, elle n'a jamais eu d'antécédent génital intéressant.

Au mois de février 1904, elle a une congestion pulmonaire. A peine remise et sans même avoir eu le temps de quitter le lit nouvelle maladie qu'elle ne peut préciser, mais elle a eu beaucoup de fièvre et a beaucoup souffert du ventre. Elle aurait même eu des douleurs si intenses et un état si grave qu'elle ne peut se rappeler ce qui s'est passé pendant ce temps. Son médecin lui a dit qu'elle avait eu de l'angiocholite mais elle n'a pas eu d'ictère, la douleur semblait plutôt localisée du côté de l'épigastre. Enfin cette affection a été le début de la maladie actuelle et il est légitime de penser à une première poussée de

tuberculose péritonéale aiguë succédant à la congestion pleuro-pulmonaire qu'elle a d'abord présentée.

Et en effet depuis elle reste faible, lasse au moindre effort et depuis les trois ans qui se sont écoulés on voit s'organiser successivement et lentement avec des intermittences, des périodes d'accalmie le syndrome fonctionnel de sténose pylorique qui fait entrer la malade à l'hôpital.

En juillet 1904, elle commence à avoir des pesanteurs d'estomac, une gêne plutôt qu'une douleur, une sensation de digestion qui se fait mal, qui se prolonge. Cette gêne apparaît environ une heure et demie ou deux heures après les repas, dure une demi-heure ou une heure et disparaît d'elle-même. Dès ce moment elle a quelques nausées sans vomissements.

Pendant la fin de l'année 1904 et le commencement de 1905, ses digestions restent difficiles avec des alternatives de mieux et de plus mal. Elle a peu d'appétit.

En juillet 1905, cette gêne s'est accentuée, est devenue une douleur parfois violente, apparaissant de deux à trois heures après le repas, douleur du reste sans irradiations et se calmant d'elles-mêmes. Elle commence à vomir. Bientôt les vomissements deviennent très fréquents, se répètent quatre à cinq fois par jour. Ils sont un peu abondants et seulement muqueux.

Elle va mieux en août et septembre. Mais au mois d'octobre, c'est-à-dire il y a un an, ses douleurs deviennent encore plus fréquentes et plus vives. Les matières qu'elle vomit tous les jours en grande quantité contiennent des aliments. Elle va à ce moment consulter M. le Dr Mathieu ; on fait un examen du chimisme de son estomac : le suc gastrique est normal.

Depuis peu à peu ses vomissements s'espacent, ne revenant que tous les deux ou trois jours et dans les matières qu'elle ren-

daît la malade a reconnu plusieurs fois des aliments qu'elle avait pris plusieurs jours auparavant. On n'a jamais trouvé de sang dans ces vomissements qui calment manifestement les douleurs.

Depuis cette époque ces symptômes sont devenus plus pénibles. Pourtant la malade avait des périodes d'accalmie parfois assez longues pendant lesquelles elle ne souffrait presque plus et ne vomissait guère.

Elle a beaucoup maigri. En juillet 1905 elle pèse 120 livres, en juillet 1906, 106 et en octobre 103.

Au mois de juin dernier nouvelle crise. La malade qui est habituellement constipée a une série de crises diarrhéiques. Elle souffre du ventre de douleurs qui chaque jour deviennent plus violentes mais qui en juillet disparaissent tandis que son ventre grossit rapidement. Il reste gros pendant quelque temps puis diminue à nouveau.

Elle entre il y a deux mois dans le service de M. le Dr Mathieu. Elle est traitée par le régime lacté et des poudres absorbantes.

A l'heure actuelle elle souffre toujours. Les vomissements ne se produisent que tous les deux ou trois jours, souvent quatre ou cinq heures après le repas et en particulier la nuit vers deux ou trois heures du matin. Elle a maigri ; ses traits sont un peu tirés. Elle a un peu de température le soir (38° environ).

Au moment d'être passée dans le service de M. le Dr Lejars elle fait une poussée de pleurésie qui rétrocede rapidement. L'auscultation du poumon révèle au sommet une respiration affaiblie avec quelques râles humides du côté droit.

Quand elle entre dans le service elle n'a plus rien du côté de la base. La sonorité est normale, la respiration régulière. L'inspection du ventre montre une légère voussure épigastrique.

Pourtant on n'obtient aucun bruit de clapotis et toutes les fois que l'on a cherché du liquide à jeun dans l'estomac on n'en a pas trouvé.

Dans l'hypocondre droit et dans toute la région épigastrique on a une sensation de résistance superficielle un peu bosselée mais sans limites très nettes. La peau est lisse et libre et glisse facilement sur la tumeur.

Un peu d'ascite libre révélée par une légère sensation de flot et un peu de matité dans les flancs.

Se basant sur la longue évolution par crises et sur les symptômes pulmonaires concomitants, M. le Dr Mathieu porte le diagnostic de sténose pylorique causée sans doute par une adhérence tuberculeuse. Ce diagnostic est confirmé par M. le Dr Lejars qui décide l'intervention.

OPÉRATION, le 27 novembre 1906, par M. le Dr Lejars. — Laparotomie sus-ombilicale. Une assez grande quantité de sérosité s'écoule dès l'ouverture de l'abdomen. C'est un liquide brun jaunâtre assez foncé. Aussitôt le liquide complètement évacué, on voit l'épiploon épaissi recouvert de noyaux tout à fait caractéristiques. Tubercules miliaires sur la séreuse pariétale et intestinale.

On décolle un peu l'épiploon qui conduit au voisinage du pylore. On voit alors nettement l'estomac qui a un aspect tendu et à la palpation on le sent épaissi dans toute sa paroi antérieure, les caractères deviennent de plus en plus nets au fur et à mesure que l'on approche du pylore et à ce niveau il est très facile de voir pour tous ceux qui assistent à l'opération que de l'épiploon se détache une bride fibreuse, blanchâtre, large de 5 millimètres environ qui comprime le pylore et va se continuer au-dessus jusque près du foie. Cette bride est

facile à isoler; on passe un fil à sa partie supérieure et à sa partie inférieure et on l'incise. La bride complètement enlevée, on pense que la compression pylorique est levée. Sous la bride en effet on ne voit qu'une paroi sans doute épaissie mais sans nulle trace d'ulcération. Sur l'épiploon voisin et qui adhère il y a deux ou trois petits noyaux caséeux et surtout sur la partie gastro-colique de l'épiploon on voit un grand nombre de nodules offrant tout à fait l'aspect macroscopique de la tuberculose.

Réunion avec petit drain dans le foyer pylorique.

Suites opératoires. — L'opération est admirablement supportée. Pas de vomissements chloroformiques. Injection de 2 litres de sérum.

De même le deuxième jour. On donne à la malade un peu d'eau qu'elle garde. On retire le drain.

Les jours suivants la malade boit sans vomir et se sent bien.

Le cinquième jour on essaie de l'alimenter avec du lait. Elle le garde d'abord mais au bout de quelques heures a un petit vomissement. Des jours suivants on l'alimente tous les jours avec du lait. Les vomissements reparaissent bientôt d'abord tous les deux ou trois jours, puis chaque jour. A son avis elle vomit une moindre quantité qu'auparavant mais presque aussi souvent. Ces vomissements surviennent en général deux ou trois heures après le repas.

Elle sort le 24 décembre.

L'examen bactériologique de la bride recueillie a été négatif et l'inoculation au cobaye n'a pu être faite. Cependant l'aspect des lésions était si net que l'avis unanime est qu'il s'agissait bien de tuberculose.

La malade a été revue le 9 janvier, c'est-à-dire quarante-

quatre jours après l'opération. Le lendemain de sa sortie elle a essayé de prendre un peu de potage, qu'elle a gardé, puis un peu de bouillon qu'elle a vomi.

Elle prend donc le plus habituellement du lait mais tous les deux jours et parfois même chaque jour elle est prise de vomissements trois ou quatre heures après le repas. Elle pense que ces vomissements sont moins abondants qu'avant l'opération.

Par contre elle a toujours des douleurs violentes calmées par ces vomissements.

Elle est très faible et garde le lit.

La plaie est absolument fermée. La cicatrice est parfaite.

Il n'y a pas le moindre degré d'ascite. Dans la région pylorique droite on sent toujours une tumeur à peu près indolente et très difficile à mobiliser. L'estomac n'est pas dilaté ; on le sent toujours un peu induré sur la face antérieure et cette induration se continue avec le pylore.

Selles normales.

L'auscultation du poumon montre que la respiration passe bien dans les bases. Au sommet les râles humides semblent avoir disparu mais la respiration est soufflante.

Œdème léger des jambes, bilatéral.

OBSERVATION LXXIV

Péritonite tuberculeuse périgastrique avec ulcération de l'estomac et fistules ombilicales. Mort.

(GELPKE, *loc. cit.* Traduction inédite.)

H... Joseph, âgé de 18 ans, cultivateur. L'ascite était située dans les parties supérieures de l'abdomen. Elle était purulente

et s'était écoulée spontanément à l'ombilic. A l'autopsie on trouva une cavité suppurée grande comme une tête d'enfant qui communiquait avec deux ulcérations de forme irrégulière, tuberculeuses situées dans la région pylorique de l'estomac.

OBSERVATION LXXV

(CLARIDEL CONE, *Centralblatt für innere medicine*).

Traduction inédite.

Multiples tubercules du péritoine périgastrique en relation avec une tuberculose de l'estomac.

Chez une femme morte de tuberculose miliaire avec exsudat dans les cavités séreuses, on trouva la paroi de l'estomac en état d'inflammation chronique recouverte de nombreux tubercules de différentes grosseurs. Quelques-uns étaient une prolifération de tissu conjonctif, les autres de nature tuberculeuse.

OBSERVATION LXXVI

Sténose pylorique tuberculeuse avec péritonite tuberculeuse. Gastro-entérostomie. Amélioration. Mort dans l'année.

(Obs. XV de l'article de RICARD ET CHEVRIER.)

Joséphine, âgée de 39 ans, journalière, entre à Saint-Louis, le 9 octobre 1901.

Elle présente un assez long passé dyspeptique. Depuis bientôt dix ans, elle souffre de l'estomac après les repas. Le maximum est environ trois ou quatre heures après l'ingestion alimentaire.

Il y a huit mois, elle commence à vomir. Les vomissements

ont d'abord été très irréguliers et la malade a cru d'abord à de petites indigestions. Puis ils sont devenus plus fréquents, bientôt quotidiens. La malade vomit ce qu'elle a mangé au repas précédent. Elle n'a jamais vomi de sang, ni pur, ni altéré, pas de méلœna. Depuis deux mois les vomissements se sont un peu espacés, mais ils sont plus abondants et ont une odeur infecte : présence d'aliments ingérés plusieurs jours auparavant.

La malade présentait assez souvent de la diarrhée. L'amaigrissement est très intense et la malade a perdu toutes ses forces.

A l'examen on trouve un estomac distendu descendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le clapotage est facilement obtenu.

On sent une tumeur vague dans la région pylorique ; mais il est impossible d'en préciser les caractères. Toute la zone épigastrique est sensible à la pression.

L'estomac n'a pas été insufflé.

Le lavage est difficile et ramène des débris infects.

Pas de sang dans les lavages.

La malade présente des signes nets d'induration du poumon gauche avec ramollissements et craquements humides.

Il est difficile de préciser le début de sa tuberculose : on ne trouve pas d'hémoptysie. Le diagnostic posé est celui de sténose pylorique. La laparotomie montre qu'il y a un peu de liquide dans le péritoine, un litre environ.

L'estomac, l'épiploon, l'intestin sont parsemés d'un semis tuberculeux.

Les tubercules sont surtout nombreux au niveau de la tumeur pylorique sur laquelle ils ont l'aspect de grains de millet presque accolés.

La tumeur pylorique est volumineuse, n'est pas adhérente au

foie ; mais elle est fortement fixée dans la profondeur à la colonne vertébrale, et il existe une grosse masse englobant le pylore, irrégulière, blanc grisâtre, de consistance ferme, un peu inégale en certains points. On fait une gastro-entérostomie postérieure.

Les suites opératoires sont normales ; et la malade sort, très améliorée, trois semaines après son opération. On ne l'a pas revue ; mais par des renseignements puisés à l'adresse indiquée, nous avons appris qu'elle était morte dans l'année, de péritonite tuberculeuse, semble-t-il.

OBSERVATION LXXVII

Sténose pylorique tuberculeuse. Péritonite tuberculeuse rétro-pylorique à l'autopsie.

(RICARD.)

Jeune fille de 22 ans qui présentait une sténose pylorique nette avec douleurs et vomissements caractéristiques. Hématémèses peu abondantes avec de temps en temps vomissements marc de café.

Diagnostic. — Ulcère de l'estomac avec sténose par périgastrite.

A l'opération en 1889, masse pylorique volumineuse, irrégulière, adhérente au foie. La portion qu'on pourrait observer au-dessous du foie était brillante, vernissée, blanchâtre. Pas de tubercules.

Gastro-entérostomie antérieure à la suite de laquelle la malade ne cesse pas un instant de vomir. On pratiqua alors une jéjun-entérostomie.

Guérison normale. — La malade continue à souffrir de temps en temps et reste dans le service où elle finit par mourir.

A l'autopsie pratiquée par M. Routier : péritonite tuberculeuse avec masse caséuse prévertébrale, rétropylorique.

OBSERVATION LXXVIII

Périgastrite tuberculeuse et perforations tuberculeuses de l'estomac. Section de brides pyloriques. Mort (Obs. XIV de l'article de RICARD ET CHEVRIER).

Le D^r B...souffre de l'estomac depuis deux ans environ. Douleur violente en coup de poignard.

Un jour, douleur beaucoup plus violente avec hématemèse et syncope. Pendant quelques jours, le malade présente des signes de péritonite avec douleurs très violentes, localisées à la région épigastrique.

Bientôt les signes de cette péritonite par perforation disparaissent et le malade ne garde plus qu'une dyspepsie chronique avec douleurs vagues, surtout après les repas.

Mais le rétablissement ne fut qu'incomplet. Au bout d'un an environ, les douleurs s'accroissent et se compliquèrent de vomissements. Ceux-ci devinrent bientôt très fréquents, se reproduisant plusieurs fois par jour. L'intolérance gastrique devint bientôt presque absolue. L'amaigrissement se fit rapide, et une tuméfaction apparut dans la région pylorique. Cette tuméfaction irrégulière était fixe et douloureuse. L'estomac était dilaté.

Après échec de tous les traitements médicaux contre l'élément douleur, qui avait rendu le malade morphinomane, M. Ricard est appelé. Le diagnostic ferme ne fut pas posé ; mais, étant

donnés les signes de perforation très nets, l'amaigrissement intense sans cachexie, la teneur à peu près normale du suc gastrique en HCl, on pensa à un ulcère en voie de transformation épithéliale. On conclut à une intervention, réclamée par le malade.

Le Dr B... entre dans une maison de santé à Paris le 7 juin 1901.

La laparotomie montre de suite un semis de granulations tuberculeuses, éparses sur la surface de l'intestin et de l'épiploon.

La région pylorique était le siège de brides multiples, reliant l'estomac à la face inférieure du foie.

Les adhérences furent libérées et sectionnées ; deux principales reliaient la terminaison de la petite courbure à la face inférieure du foie ; l'une étant un cordon plein, étalé sur l'estomac, mais cylindrique au-dessus ; l'autre, un peu plus large et ayant la forme d'un sablier, était creuse et remplie de débris pultacés, blanchâtres ayant creusé légèrement le foie en haut et s'avancant en bas jusqu'à la cavité stomacale. Le nettoyage du clapier pylorique dans lequel se termine le tube creux montra en effet une perforation irrégulière et ancienne de l'estomac. Les bords de cette perforation furent avivés, suturés en masse d'abord, et la ligne de suture fut recouverte péniblement par des fils de catgut passés à la Lembert, ramenant par-dessus les débris péritonéaux, recouvrant la surface de l'estomac voisine de l'orifice.

Après cette libération l'orifice pylorique paraît suffisamment perméable, pour que l'indication d'une gastro-entérostomie ne se posât pas.

Une autre lésion du même type siégeait au milieu de la face antérieure de l'estomac, près de la grande courbure. Une épaisse adhérence partait de là pour atteindre la paroi un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. Comme pour l'adhérence

gastro-hépatique, on trouva au centre des débris pultacés de tubercules caséifiés et ramollis à l'extrémité inférieure ; la paroi abdominale était perforée dans ses plans profonds et l'amas tuberculeux arrivait jusqu'au contact du grand droit du côté gauche.

L'extrémité gastrique de cette adhérence, isolée sur l'estomac offrait la même structure, mais l'amas caséeux central, au lieu de se terminer en une masse unique, se ramifiait en clapier au milieu des tuniques de l'estomac. Tout fut incisé, curetté, réuni.

Les suites opératoires furent bonnes, sans réaction locale ni générale, mais après une amélioration passagère, mais malgré les soins du Dr Mathieu, le malade retomba dans l'état où il était auparavant. Il continue largement l'usage de la morphine.

Il retourne à R... à peu près dans l'état dans lequel il en était parti. Il meurt avec des symptômes d'hémorragie interne.

OBSERVATION LXXIX

*Péritonite tuberculeuse avec ulcération tuberculeuse
du pylore et syndrome de sténose pylorique.*

(HATTUTE. *Gazette des Hôpitaux*, 1874.)

Homme, 47 ans, se plaignant de vomissements alimentaires depuis environ huit ans, a eu les fièvres intermittentes et une attaque de rhumatisme. Le malade, très épuisé, éprouve à chaque repas des douleurs vives et lancinantes au creux épigastrique ; son estomac se ballonne, et, bientôt après dix à vingt minutes plus rarement au bout d'une heure, les aliments sont brusquement expulsés, en laissant dans le pharynx et dans la bouche une saveur acide très prononcée.

Tous les aliments sont également mal supportés ; les liquides même en petite quantité sont vomis presque immédiatement après leur introduction dans l'estomac.

Au toucher de la région épigastrique, la douleur s'exaspère et se localise sur l'hypocondre droit, au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen. Tympanisme exagéré empêchant la délimitation du foie qui semble petit. Pas de teint jaune paille, pas de point douloureux xyphoïdien, pas de douleur en broche, pas de vomissements bilieux. On s'arrête au diagnostic de dyspepsie, résumant les symptômes et ne préjugant rien.

Au bout de quelque temps, amélioration passagère, aliments mieux supportés, vomissements moins fréquents, douleurs moins violentes.

Bientôt l'état général s'aggrave ; œdème des membres inférieurs, météorisme abdominal, vomissements et mélena. Fièvre peu intense continue ; mort trois semaines après l'entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE. — Granulations miliaires et masses tuberculeuses disséminées tant sur les feuillets viscéraux que sur le feuillet pariétal du péritoine. Grand épiploon ratatiné, farci de granulations.

L'estomac est considérablement dilaté. Il contient une assez grande quantité de liquide noir et visqueux. On sent, à travers les parois de l'organe, son orifice pylorique, garni d'un anneau dur, presque cartilagineux. La communication entre l'estomac et le duodénum est absolument oblitérée. Le rétrécissement est constitué par un anneau complet de un centimètre d'épaisseur. Cet anneau, sur lequel la muqueuse est relevée et détruite par place, est constitué par un amas de granulations et de masses identiques à celles trouvées dans la cavité péritonéale ; elles sont

serrées les unes contre les autres, au sein d'un feutrage de tissu conjonctif, qui leur forme de véritables loges.

Intestin diminué de calibre sans ulcération. Ganglions mésentériques et bronchiques infiltrés de matière tuberculeuse à divers stades.

Poumon sain, quelques adhérences pleurales. L'examen microscopique montre, sur certains points de la tumeur pylorique, la muqueuse profondément ulcérée par suite du ramollissement tuberculeux; ce qui avait occasionné, par la destruction des vaisseaux, des hématoméses abondantes.

OBSERVATION LXXX

Tuberculose gastrique avec péritonite tuberculeuse.

(BARBACCI).

Relation d'autopsie de M. V..., soldat mort à l'hôpital de Modane.

Lésions pleuro-pulmonaires étendues.

Dans l'abdomen un litre d'ascite trouble. Nombreuses adhérences et masses caséuses dans la cavité intestinale et en particulier dans la fosse iliaque droite.

Ganglions mésentériques engorgés et caséux.

Pylore rétréci. A la surface de la muqueuse gastrique quatre ulcérations : deux sur la paroi antérieure, une sur la petite courbure, une plus nette sur la paroi postérieure.

Ganglions lymphatiques sur la petite courbure en voie de dégénérescence caséuse.

OBSERVATION LXXXI

*Péritonite tuberculeuse avec accidents de sténose pylorique.
Pyloroplastie. Mort.*

(MAYO ROBSON, *The Lancet*, 1892. Cité par RICARD ET CHEVRIER.)

La malade, faible jeune fille de 19 ans, avait été vue en 1895. Elle présentait une histoire de vomissements et de douleurs après les repas depuis quatre ans, bien que l'amaigrissement n'eût été réellement prononcé que depuis six mois. Elle était pâle comme une morte et était si maigre que la peau semblait comme collée sur les os. On sentait des ganglions tuberculeux au cou. L'abdomen fut ouvert: l'estomac était fortement dilaté. On trouva le pylore épaissi et couvert de nodules tuberculeux qui étaient parsemés aussi sur l'épiploon et les autres viscères. Un peu de liquide libre fut trouvé dans la cavité péritonéale. Par l'incision du pylore, pratiquée pour faire la pyloroplastie, le doigt entra dans le duodénum et rencontrait un rétrécissement à un pouce au delà de la bague pylorique; ce rétrécissement était évidemment le résultat d'une ulcération. Le bout du petit doigt pouvait à peine passer à travers. Un dilatateur de Weiss fut introduit pour agrandir la lumière, qui fut assez dilatée, pour que le pouce pût facilement passer à travers.

L'incision pylorique fut alors refermée par des sutures perpendiculaires à l'axe du canal.

Pendant une semaine, les progrès post-opératoires furent satisfaisants; la plaie guérit et les sutures furent enlevées; mais les forces ne revinrent point; la malade s'affaiblit de plus en

plus et mourut d'épuisement dans le cours de la deuxième semaine.

D'après mon expérience présente, j'aurais dû faire la gastro-entérostomie et commencer l'alimentation immédiatement ; et je crois que le résultat aurait été différent.

OBSERVATION LXXXII

Sténose tuberculeuse du pylore et sténoses multiples de l'intestin.

(MARGARUCCI. Résumée.)

La maladie remonte à quinze ans. Pendant six ans il vomit de cinq à six fois par jour puis moins souvent. Alternatives de crises et de rémissions. Enfin apparaissent des douleurs atroces avec vomissements marc de café. L'amaigrissement est rapide car depuis quelques mois rien ne passe plus.

A l'examen on sent du côté du pylore une masse profonde très sensible à la pression, à surface inégale et très résistante, de limites indistinctes, peu mobile avec la respiration. Zone stomacale agrandie. Hyperacidité légère du suc gastrique.

Le 31 novembre 1898 intervention; le pylore est adhérent à la colonne vertébrale. Gastro-entérostomie précolique. Deux rétrécissements annulaires sur des anses grêles.

Mort le 2 décembre.

A l'autopsie, rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin. Infiltration diffuse de la première portion du duodénum avec tissu fibreux en abondance. Ulcérations intestinales tuberculeuses.

OBSERVATION LXXXIII

Sténose pylorique avec péritonite tuberculeuse.

(DURANTE. Il Policlinico, 1894. Cité dans l'article de RICARD ET CHEVRIER. *Revue de Chirurgie*, 1905).

Caractéristiques sont les sténoses par tuberculose, qui méritent toute notre attention, parce que la littérature sur ce sujet est très limitée.

Chez une opérée, j'ai rencontré le pylore et le duodénum dans un tiers de sa première portion volumineuse, épaissis et succulents, ayant tout à fait la forme et le volume d'une grosse banane. Le péritoine de la région était altéré et hyperémié. Des exsudats récents et anciens avaient rendu le pylore et le duodénum solidement adhérents aux organes voisins. L'épaisseur des tissus mesurait un maximum d'environ un centimètre. La tranche avait une couleur gris roussâtre, sillonné à courts intervalles et irrégulièrement de stries de tissu perlé, blanchâtre, qui se confondent d'un côté avec une couche de tissu fibro-tendineux ; la couche interne est formée d'un tissu pâle, friable, s'effritant sous un simple attouchement de tampon.

Le diamètre de la lumière du pylore et du duodénum, dans la partie la plus étroite, permettait à peine d'introduire une plume d'oie ; et il était impossible de trouver trace des couches anatomiques de la paroi gastrique.

Même macroscopiquement, le diagnostic de sténose tuberculeuse n'était pas douteux. Il fut confirmé par l'examen histologique des débris enlevés par raclage.

OBSERVATION LXXXIV (du même).

Sténose pylorique tuberculeuse

J'ai pu formuler ce même diagnostic dans un second cas, mais je n'ai pu l'affirmer lors de la première intervention, ayant été contraint de faire la gastro-entérostomie, au lieu de la pyloroplastie, pour une tumeur envahissant le pylore et les deux tiers de la première portion du duodénum.

Dans une seconde tentative chirurgicale, faite un mois après pour réapparition des phénomènes de sténose, je trouvai le péritoine semé de tubercules miliaires j'enlevai un fragment de la tumeur et l'examen microscopique y montra des tubercules.

OBSERVATION LXXXV

Tuberculose périgastrique simulant un cancer de l'estomac.

(GODART-DANHIEUX. *La Policlinique*, 1901.)

M^{lle} S....., 33 ans, début par des troubles stomacaux il y a un an. Présente des troubles nerveux, probablement de nature hystérique, bien que son entourage la dise calme aucune lésion organique cardiaque ou pulmonaire. Le premier examen relaté ne dénote aucun signe probant de sténose pylorique ; et le diagnostic porté est celui d'état dyspeptique réflexe de l'estomac, peut-être d'origine hystéro-neurasthénique.

Trois mois après, le second examen permet de reconnaître une sténose indéniable par une tumeur ayant à peu près la valeur d'un œuf de poule au niveau de l'antrum pylorique. Il y

a eu des hématoméses abondantes pendant la période qui a séparé les deux examens.

Après avoir remonté la malade, on pratique la gastro-entérostomie au bout d'un mois. Après laparotomie, sortie d'une quantité assez abondante de liquide ascitique ; on trouve dans le ventre une grosse tumeur du volume du poing, constituée par des ganglions tuberculeux adhérents entre eux et comprimant l'estomac au niveau du pylore. Sur la séreuse intestinale voisine, on pouvait voir un semis tuberculeux très net. L'estomac était distendu et paraissait tout à fait sain. La malade meurt dans la soirée. Pas d'autopsie, et par conséquent aucun examen détaillé ni macroscopique, ni microscopique.

OBSERVATION LXXXVI

Sténose pylorique due à une péritonite tuberculeuse.

(Idem, 1904.)

Emile W..., menuisier, 37 ans. Malade depuis quatre ans. A souffert d'abord de douleurs gastriques sourdes, puis de crampes ; vomissements noirâtres. Signes très nets de sténose avec stase.

On sent au niveau du pylore une certaine résistance, sans toutefois qu'il soit possible d'affirmer qu'il y ait tumeur à cet endroit. L'estomac se devine sous l'ombilic à trois travers de doigt. A l'opération un flot ascitique s'échappe du ventre. Le péritoine se montre parsemé de granulations tuberculeuses. L'épiploon est raccourci, forme un gâteau de matière caséeuse, aplati et assez étendu. Le pylore est obstrué par un anneau d'une épaisseur d'un centimètre au moins sur le côlon trans-

verse, on constate un point fortement sténosé également. Sur le jéjunum, quelques points sont rétrécis, mais à un moindre degré.

Après avoir élargi le côlon par une section losangique, gastro-entérostomie.

Le malade meurt le quatrième jour. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXXXVII

Périgastrites tuberculeuses. (KENNEDY-DALZEIL).

« Dans huit cas l'obstruction pylorique était due aux adhérences résultant d'une péritonite ayant pour cause de vieux ganglions tuberculeux derrière le pylore ; des adhérences compliquaient et étranglaient le pylore au point d'empêcher l'estomac de se vider.

Quatrième groupe

QUELQUES OBSERVATIONS DE MALADIES FAUSSEMENT DIAGNOSTIQUÉES PÉRITONITE TUBERCULEUSE LOCALISÉE

OBSERVATION LXXXVIII

Kyste de l'ovaire pris pour une péritonite tuberculeuse.

(Personnelle. Inédite).

Pauline G..., 19 ans.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien du côté de la tuberculose. Elle a eu une coqueluche à 6 ans.

Réglée à 16 ans. Règles tous les quinze jours peu abondantes, non douloureuses, d'une durée de quatre à cinq jours.

Aucun autre antécédent génital.

Depuis juin 1905 le ventre a grossi. Douleurs vives dans les deux fosses iliaques. La malade avait des crises de constipation opiniâtre. Elle se plaint aussi de douleurs vives en urinant et de pollakiurie.

Il y a trois semaines au moment de ses règles la malade a eu des pertes rouges abondantes d'une durée de douze jours. Elles ne contenaient aucun caillot et n'avaient pas été précédées de retards de règles.

Jamais de pertes blanches.

N'a actuellement aucune douleur.

Un peu amaigrie. Cœur et poumons normaux.

On sent à la palpation une masse abdominale remontant au-dessus de l'ombilic. Cette masse est assez ferme.

La masse abdominale quand on appuie sur l'abdomen ne semble pas avoir de rapport avec l'utérus ; en effet au palper bimanuel quand on remue la masse le col utérin reste immobile.

Rien de net dans les culs-de-sac.

Diagnostic clinique : Poche de péritonite tuberculeuse.

Laparotomie le 26 juin 1906 par M. le Dr Lejars. Kyste à parois blanches très épais en bas. Ponction qui laisse écouler un liquide brunâtre. Ablation. Péritonisation. Réunion. Suites opératoires excellentes. La malade sort guérie fin juillet.

OBSERVATION LXXXIX

*Hydronéphrose du rein gauche prise pour une
péritonite tuberculeuse.*

(GELPKE).

Il s'agissait d'un paysan de 55 ans qui entra à la maison de santé avec une tumeur fluctuante grosse comme la tête dans le

côté gauche du ventre, il prétendit qu'elle était apparue quatre semaines après un violent traumatisme. Et l'on hésitait entre un épanchement de sang ou un épanchement inflammatoire probablement de nature tuberculeuse.

C'était un homme fort n'ayant jamais été malade, avant un jour où, quatre semaines auparavant, la roue d'un chariot lui avait passé sur le côté du ventre. Il avait néanmoins pu se relever et faire quelques pas. Après quinze jours de repos au lit le malade s'était levé et avait un peu marché puis étaient apparues de plus fortes douleurs et un gonflement notable du côté gauche jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Pas de fièvre ni d'hématurie.

Il entre à la clinique. L'épanchement pouvait être une ascite tuberculeuse enkystée, il était en effet situé en bas et à gauche et présentait la ligne de matité supérieure décrite par Kocher d'en bas et à droite vers en haut et à gauche. On pouvait penser qu'une vieille tuberculose latente était redevenue aiguë par suite du traumatisme. La ponction retira un liquide clair, jaunâtre, de densité 1005, de réaction fortement alcaline, sans albumine ni urée qui semblait provenir du rein gauche. Nous concluons à une hydronéphrose.

Après deux ponctions inutiles l'opération devenait une impérieuse nécessité. Elle confirma le diagnostic; une poche hydronéphrétique fut enlevée et il fallut extirper tout le rein.

L'homme guérit et se porte actuellement très bien.

CONCLUSIONS

1° La péritonite tuberculeuse est une maladie actuellement bien connue dans ses formes classiques mais elle peut présenter des formes rares qui sont d'un diagnostic en général difficile.

2° Parmi ces formes nous signalerons la péritonite tuberculeuse latente qui se révèle par des accidents brusques et en particulier par l'occlusion intestinale aiguë. Il est un certain nombre de ces faits qui rentrent en général dans le cadre des occlusions paralytiques survenant au cours de la péritonite tuberculeuse miliaire aiguë et dont le diagnostic semble à peu près impossible.

3° De même dans les cas de péritonite tuberculeuse latente se révélant par des symptômes d'appendicite ou de péritonite aiguë, il semble impossible de diagnostiquer les quelques faits de ce genre qui surviennent au cours de la péritonite tuberculeuse aiguë et les petites

nuances que l'on a données ne nous semblent pas appréciables en clinique.

4° Il est toute une autre catégorie de faits où les accidents brusques d'une péritonite tuberculeuse latente se produisent sous les allures les plus diverses : péritonite aiguë, fièvre typhoïde, colique hépatique, néphrétique, salpingite et même chez une de nos malades l'hématocèle rétro-utérine.

5° Dans tous les cas où le diagnostic est possible il ne semble pouvoir être fait que grâce à des circonstances exceptionnelles ou par suite des antécédents du malade : antécédents de tuberculose héréditaire ou personnelle, et surtout accidents légers par où se manifestent les premières atteintes de la tuberculose péritonéale, douleurs spéciales, troubles intestinaux affectant en général l'allure de crises successives.

6° Les formes localisées de la péritonite tuberculeuse se présentent souvent sous la forme de grosses tumeurs limitées.

7° Ces tumeurs sont formées soit par des masses fibreuses contenant de l'épiploon et des anses intestinales agglutinées soit par des poches ascitiques limitées par des adhérences multiples.

8° Elles semblent avoir le plus souvent un point de départ local.

9° Leur diagnostic est difficile par suite de leur caractère local qui permet de les confondre avec les tumeurs de la région. Il peut être fait par l'histoire, le plus souvent déjà longue, de tuberculose péritonéale que les malades présentent avec prédominance de petits signes fonctionnels survenant par crises. Les antécédents tuberculeux aident au diagnostic.

10° Le traitement de choix paraît dans la plupart de ces cas être le traitement chirurgical avec ouverture du foyer et s'il est possible sans drainage. La guérison spontanée a été obtenue mais après une évolution très lente.

11° Une forme curieuse, et à signaler, est la tuberculose péri-gastrique. Elle peut présenter des lésions anatomiques intéressantes et en particulier des brides pyloriques auxquelles on peut attribuer une partie des troubles observés, mais il n'est pas prouvé que ces formes puissent exister sans présence d'une lésion tuberculeuse de l'estomac.

12° Les symptômes sont ceux des sténoses pyloriques banales et des signes spéciaux de péritonite tuberculeuse comme les douleurs abdominales et les crises intestinales diarrhéiques. Les formes ascitiques semblent encore plus aisées à reconnaître. Le diagnostic peut donc se faire le plus souvent.

13° Le pronostic a été jusqu'à présent presque toujours fatal.

14° Le traitement chirurgical paraît devoir être essayé soit en pratiquant la gastro-entérostomie qui diminue les souffrances du malade, soit en exposant le foyer pylorique à l'air et à la lumière et en sectionnant les brides ou adhérences qui peuvent provoquer la sténose.

Cette dernière opération moins dangereuse aurait de plus le mérite d'avoir la chance de guérir le malade si l'on était sûr qu'il existât des formes de tuberculose périgastrique sans ulcération sous-jacente de la muqueuse. Mais elle soulage moins le malade que la gastro-entérostomie.

La question reste donc à l'étude.

Vu : le Président de la thèse

THOINOT

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALDIBERT. — *Thèse de Paris*, 1891.
- ARLOING. — Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac. *Thèse de Lyon*, 1901.
- AUDRY. — Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. *Lyon Médical*, 1887.
- BERNUTZ ET GOUPIL. — Clinique médicale sur les maladies de femmes, 1862.
- BARBACCI. — Une forme rare de la tuberculose de l'estomac. *La Spérimentale*, 1890.
- BROUARDEL. — *Thèse de Paris*, 1865. La tuberculisation des organes génitaux de la femme.
- BROUARDEL ET GILBERT. — Traité de médecine. T. V, article *Péritonite tuberculeuse*.
- BOUSQUET. — Communication à la Société de Chirurgie, 1898, p. 677.
- BROCA. — Communication à la Société de Chirurgie, 1897, p. 684.
— Communication à la Société de Chirurgie, 1898, p. 1078.
- BRUN. — Communication à la Société de Chirurgie, 1898, p. 1037.
- BRUN ET VEAU. — Traité de maladie des enfants. Article : *Appendicite*.
- BOULLAND. — De la tuberculose du péritoine et des plèvres. *Thèse de Paris*, 1885.
- CERCHERELLI. — Congrès de Bologne, 1890.
- CHÉRON. — *Journal des maladies de femmes*, 1889.
- CHOFFARDET. — La péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1900.

- CLARIBEL CONE. — *Centralblatt für innere medicin.*, 1901, p. 1051.
- COATS. — *Glasgow med. Journal*, 1897.
- DESCHAMPS. — La péritonite péri-hépatique enkystée. *Thèse de Paris*, 1886.
- DURANTE. — Sténose du pylore. *Il policlinico*, 1893.
- EBSTEIN. — *W. Handbuch der prakt. med.*
- ELMASSIAN. — La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. *Thèse de Paris*, 1890.
- GELPKE. — Beobachtungen über tuberkulose peritonitis and Handvon 64 Teils, Bâle, 1906.
- GUILLEMARE. — La Péritonite tuberculeuse aiguë. *Th. Paris*, 1898.
- GUINARD. — Traité de chirurgie *Le Dentu-Delbet*, t. VII.
- GODART-DANHIEUX. — Sténose tuberculeuse du pylore. *La Policlinique*, 1901.
- Sténose tuberculeuse du pylore. *La Policlinique*, 1904.
- HATTUTE. — Ulcère tuberculeux de l'estomac. *Gazette des Hôpitaux*, 1874, p. 859.
- JALAGUIER. — Traité de chirurgie *Duplay et Reclus*, t. VI.
- KENNEDY-DALZIEL. — *The Lancet*, 1902.
- KNAGGS. — Some remarks on the operator trat of chir.
- KOCHER. — In article LAUPER. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1901.
- KÖNIG. — Communication au Congrès de Berlin, 1884.
- KÖNIG ET PHILLIPS. — Die resultate der operativem Behandlung der Bauchfelltuberculose.
- KÖNIG. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1890, p. 35.
- *Centralblatt für Chirurgie*, 1884. Über diffuse peritoneal tuberculose.
- KÜMMEL. — Über laparotomie für Bauchfelltuberculose. *Arch. Klin. Chir. f. Chirurgie*, 37 Bd., 1 Heft., 1888.
- LAUPER. — Beiträge zur Frage der Peritoneal tuberculose. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1901.
- LETOREY. — *Thèse de Paris*, 1895.
- LEJARS. — L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. *Gaz. des Hôp.*, 1891, p. 1305.
- *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1898, p. 673.

- LIOUVILLE. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1878.
- LINDFORS. — Om tuberculosis peritonei med. Sönskeltdt afscende för diagnosi och operativ Behandlung, 1889.
- LINDNER. — *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1892.
- MARY SNODDY WHISTONE. — *Boston. med. Journal*.
- MARGARUCCI. — *Il Policlinico*, 1898.
- MATHIS. — De la péritonite tuberculeuse. *Thèse de Paris*, 1890.
- MAURANGE. — L'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. *Thèse de Paris*, 1889.
- MAYO ROBSON. — Cité dans *Thèse Maurange*, 1889.
- *The Lancet*, 1902, p. 851.
- MOIZARD. — Les péritonites tuberculeuses simulant l'appendicite, *Journal des praticiens*, 7 août 1900.
- NASSAUER. — *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1898, n° 16.
- DE PROCHAVNIK. — Cité dans *Thèse Elmassian*, 1890.
- PUAELLA. — Congrès contre la tuberculose. Naples, 1900.
- PETER. — *Gazette des hôpitaux*, 1871.
- PIG (ADRIEN). — Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. *Thèse de Lyon*, 1890.
- POIRIER. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1898, p. 675.
- POUPON. — Des pseudo-étranglements par péritonites primitives. *Thèse Paris*, 1886.
- POPPERT. — *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1892, n° 34.
- QUÉNU. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1898, p. 1035.
- RICARD ET CHEVRIER. — Les sténoses tuberculeuses du pylore. *Revue de chirurgie*, 1905, p. 557.
- ROSAL. — Quelques considérations sur la pelvi-péritonite tuberculeuse. *Thèse Paris*, 1893.
- STRUPPLER. — *Centralblatt für innere medicin.*, 1900, p. 259.
- SCHRAM. — *Arch. clin. für chirurgie*.
- TALAMON. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1878, p. 419.
- TERRILLON. — *Semaine médicale*, 15 mai 1890.
- TRUC. — *Thèse agrégation*, 1886.
- TUFFIER. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1898, p. 1078.

